

CHAPITRE 4

LES FICHES ACTION



SOMMAIRE DES FICHES ACTION

113 ORIENTATION 1 : MAINTENIR L'EXERCICE D'UNE PLEINE CITOYENNETÉ

- 114 | Fiche Action 1 : Accompagner le passage à la retraite
- 115 | Fiche Action 2 : Favoriser l'expression des personnes âgées dans les débats collectifs et les soutenir dans l'exercice de leur citoyenneté
- 116 | Fiche Action 3 : Aider à la maîtrise des nouvelles technologies de l'information et de la communication

117 ORIENTATION 2 : FAVORISER LE SOUTIEN A DOMICILE

- 118 | Fiche Action 4 : Mieux informer l'utilisateur et son entourage
- 119 | Fiche action 5 : L'évaluation APA, quelles évolutions ?
- 120 | Fiche action 6 : Promouvoir la démarche qualité dans les SAAD
- 121 | Fiche action 7 : Professionnaliser les intervenants à domicile
- 122 | Fiche action 8 : Développer les services nouveaux
- 124 | Fiche action 9 : Soutien aux aidants

125 ORIENTATION 3 : OFFRIR UN « CHEZ-SOI » ADAPTE AU DEGRE D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

- 126 | Fiche action 10 : Création d'une coordination départementale des aides à l'adaptation du logement des personnes âgées et des personnes handicapées
- 128 | Fiche action 11 : Création d'un label du logement adapté aux personnes âgées pour les constructions existantes et les nouvelles constructions
- 129 | Fiche action 12 : Recenser et diffuser les données sur l'habitat destiné aux personnes âgées
- 131 | Fiche action 13 : Développer et soutenir un accueil familial de qualité
- 133 | Fiche action 14 : Rattraper le niveau d'équipement en EHPAD
- 135 | Fiche action 14 bis : Développer une offre d'hébergement diffuse et adaptée en milieu rural
- 136 | Fiche action 15 : Poursuivre la politique d'amélioration des conditions de prise en charge dans les EHPAD
- 137 | Fiche action 16 : Promouvoir la démarche qualité dans les EHPA : logement foyer et MARPA
- 138 | Fiche action 17 : Développer, soutenir et optimiser l'offre d'accueil de jour, d'hébergement temporaire dont l'accueil d'urgence
- 140 | Fiche action 18 : Promouvoir de principe de coopération

141 ORIENTATION 4 : PREVENIR ET SOIGNER LES PATHOLOGIES LIEES AU GRAND AGE

- 142 | Fiche action 19 : Structurer les actions de prévention à l'échelle des territoires
- 143 | Fiche action 20 : Structurer la filière gériatrique hospitalière sur chaque territoire
- 144 | Fiche action 21 : Organiser les relations entre l'hôpital et le domicile
- 147 | Fiche action 22 : Améliorer la réponse aux besoins de soins en établissement

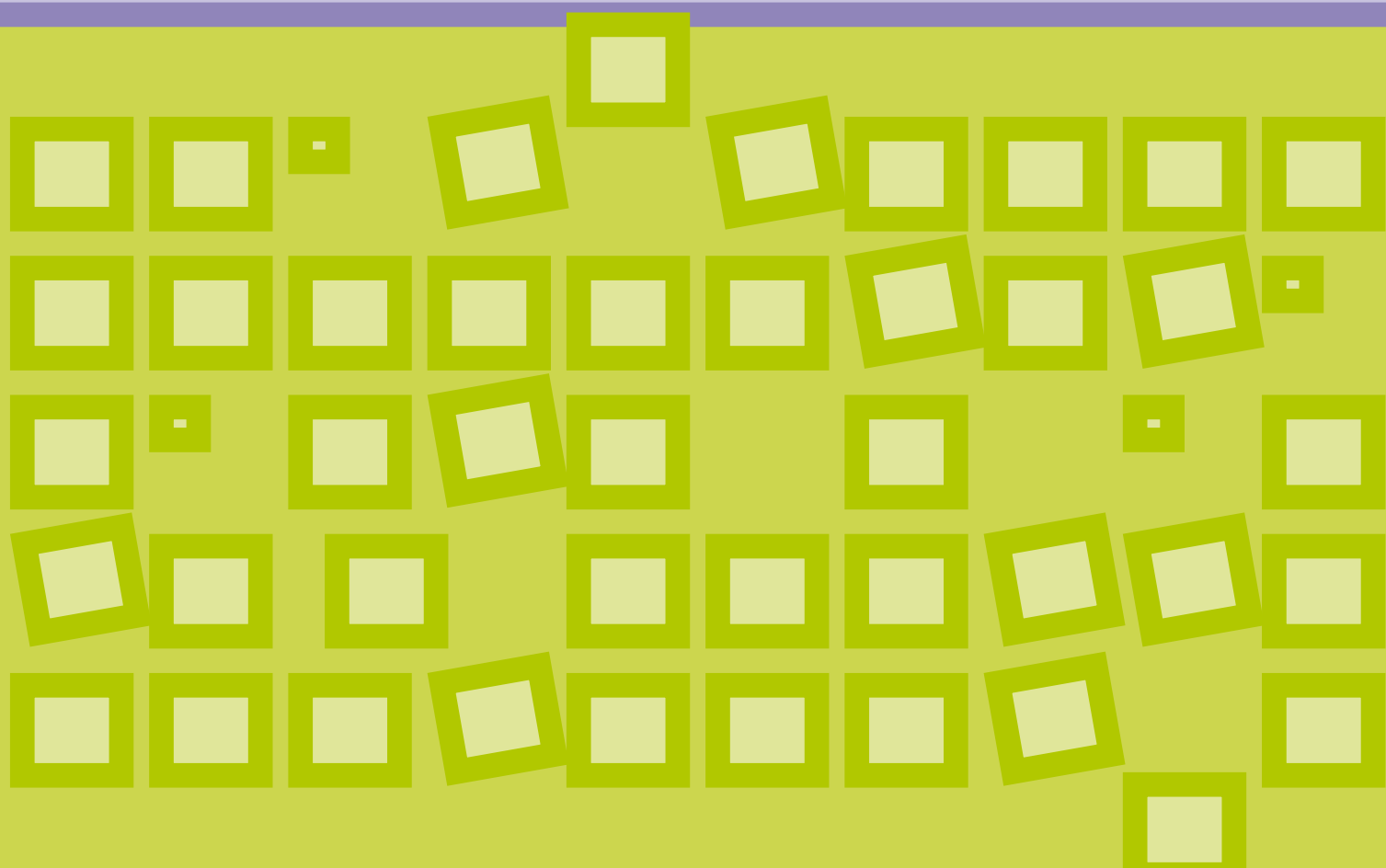
148 ORIENTATION 5 : PROTEGER LA PERSONNE AGEE

- 149 | Fiche action 23 : Mettre en place les outils du Plan Départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance
- 152 | Fiche action 24 : Elaborer des procédures de signalement et de traitement des cas de maltraitance à domicile
- 153 | Fiche action 25 : Accompagnement des personnels en établissements et services médico-sociaux
- 154 | Fiche action 26 : Promouvoir l'écoute et la communication avec la personne âgée et son entourage

155 ORIENTATION 6 : ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT A L'ECHELLE DES TERRITOIRES

- 156 | Fiche action 27 : Améliorer le dispositif CLIC sur chaque territoire
- 158 | Fiche action 28 : Expérimenter la labellisation MAIA
- 160 | Fiche action 29 : Mettre un réseau des lieux d'accueil, d'information et d'orientation des publics personnes âgées et personnes handicapées
- 162 | Fiche action 30 : Décloisonner les pratiques Personnes âgées / Personnes handicapées

ORIENTATION 1 : MAINTENIR L'EXERCICE D'UNE PLEINE CITOYENNETÉ



Fiche Action n°1

Accompagner le passage à la retraite

Diagnostic de l'existant

Au niveau départemental, on constate que les dispositifs d'accompagnement permettant au salarié de se préparer au nouveau statut social qu'induit la retraite, en évitant qu'il soit vécu de manière négative (perte de repères, sentiment d'inutilité etc...) sont insuffisants. La CRAM Nord-Picardie organise des réunions d'information avec les futurs retraités pour les aider et les orienter mais son rôle reste assez limité. Il est à noter que cette démarche s'adresse exclusivement aux salariés de plus de 55 ans. Enfin, on constate que la documentation à destination des futurs et jeunes retraités (associations, sport...) existe mais de façon dispersée. Il incombe à la personne de se déplacer dans plusieurs institutions (mairies, CCAS,...) pour obtenir l'information.

Objectif de l'action

Accompagner le passage à la retraite

Actions

- Mobiliser le droit individuel de formation acquis par le candidat à la retraite pour suivre les modules appropriés afin de préparer cette nouvelle vie dans les meilleures conditions (psychologie, nutrition, activité sportive, engagement associatif, etc.).
- Etablir un guide présentant toutes les possibilités qu'offre le département dans les secteurs aussi divers que les loisirs, la vie associative ou le sport, la santé, la retraite, le logement.

Méthode de mise en œuvre des actions

- Identifier les besoins en formation des futurs retraités,
- Répertoire les organismes et modules de formation existants et leur adéquation avec les besoins recensés,
- Répertoire les outils de communication à employer pour la mise en œuvre de ces formations,
- Créer un groupe de travail chargé de l'élaboration du guide,
- Recherche des informations, mise en forme, promotion et diffusion.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : Direction des Personnes Agées des Personnes Handicapées et de la Santé - Service Pilotage et Développement,
- CODERPA

- Les Directions partenaires :

- Les Maisons du Département Solidarité (SLPS)
- La Direction des Ressources Humaines
- La Direction de la Communication

- Les partenaires :

- CRAM Nord-Picardie
- Les organismes de retraites complémentaires
- Les chambres de commerces et les chambres des métiers
- Les organisations patronales et les syndicats de salariés
- Les Directions de ressources humaines
- Les comités d'entreprises
- Les organismes de formation
- Représentants d'utilisateur : Aînés ruraux.
- Médecine du Travail
- CLIC
- Communes
- CCAS
- EPCI
- Centres sociaux

Moyens nécessaires

Moyens techniques et logistiques nécessaires à la réalisation du guide, à sa diffusion et à sa mise à jour.

Modalité d'évaluation

- Nombre et nature des formations engagées
- Nombre de futurs retraités formés
- Nombre de demandes du guide

ORIENTATION 1 : MAINTENIR L'EXERCICE D'UNE PLEINE CITOYENNETÉ

Objectif 2 : favoriser l'expression des personnes âgées dans les débats collectifs et les soutenir dans l'exercice de leur citoyenneté

Fiche Action n°2

Favoriser l'expression des personnes âgées dans les débats collectifs et les soutenir dans l'exercice de leur citoyenneté

Diagnostic de l'existant

Le Conseil Général du Pas-de-Calais et ses partenaires ont déjà engagé des actions en faveur de la citoyenneté. On peut citer l'instauration de la semaine bleue (semaine nationale des retraités et des personnes âgées), la subvention d'associations ou de projets innovants, le lancement du programme « Bien Vieillir en Nord-Pas-de-Calais », l'objectif initial de la plupart de ces initiatives étant de faire en sorte que les plus de 60 ans soient « acteurs » de leur projet de vie, etc. Les associations du département se sont également fortement investies dans des actions visant à créer ces liens intergénérationnels. Il convient de poursuivre le développement de ce type d'actions.

Par le bénévolat, par l'engagement associatif non lucratif, les personnes participent aussi au bien-être de la société en général, elles créent du lien social ce qui contribue à apaiser les tensions. A l'échelle du pays les plus de 60 ans adhèrent en moyenne plus aux associations que la population de plus de 15 ans (48% contre 44%). Selon une étude de mai 1999 du CREDOC leur participation à la vie associative a doublé en 20 ans.

Objectif de l'action

Reconnaître et promouvoir la place des personnes âgées dans la société

Actions

- Encourager et soutenir les projets expérimentaux notamment dans le cadre de la semaine bleue permettant de :
 - développer et renforcer les liens et échanges entre les générations ,
 - développer la participation des personnes aux débats collectifs pour lutter contre l'isolement (café des âges,...),
 - valoriser la place de la personne âgée dans la cité (Conseil des Sages, Conseil de la Vie Sociale...)
 - impliquer / associer les personnes âgées dans la prise de décision,
 - favoriser l'engagement associatif des personnes âgées

- Le pilotage :

- CODERPA
- Conseil Général : DPAHS, SPD

- Les Directions partenaires :

- Les Maisons du Département Solidarité (SLPS)

- Les partenaires :

- DDASS
- CLIC
- CRAM Nord-Picardie
- CARMi / MSA / RSI
- AG2R
- CCAS
- Représentants d'usagers : Aînés ruraux.
- Centres Sociaux
- Associations.

Moyens nécessaires

Prévoir pour le financement des projets expérimentaux

Modalité d'évaluation

- Nombre de projets innovants déposés
- Nombre de projets innovants financés

Fiche Action n°3

Aider à la maîtrise des nouvelles technologies de l'information et de la communication

Diagnostic de l'existant

Les personnes âgées sont touchées de plein fouet par le risque de fracture numérique liée à l'utilisation d'une technologie qui va devenir omniprésente dans la vie quotidienne (utilisation de services, consommation ou demandes administratives en ligne).

Ce public rencontre plusieurs difficultés :

- L'utilisation de nouveaux outils,
- La possession et l'acquisition des nouvelles technologies,
- L'adhésion à une certaine culture « cyber ».

La Région NORD/PAS-DE-CALAIS a lancé un vaste programme d'initiation **gratuite** à l'informatique et à Internet : **TIM P@SS**. Le Tim P@ss* prend la forme d'un chèque de 7 souches. Son usage est simple : Chacune des souches correspond à un module de formation aux Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC).

Objectif de l'action

Mettre en place des actions à même de favoriser l'appropriation des nouvelles technologies par les retraités.

Actions

- Favoriser la formation des retraités aux nouvelles technologies par le biais de formations collectives en participant au développement des initiatives du genre Tim p@ss ou Espaces publics numériques qui constituent des programmes d'initiation aux nouvelles technologies gratuits et à destination de tous.
- Développer la formation des retraités au niveau individuel (ex : associations qui dispensent des cours de formation à domicile, ou font appel à des bénévoles, qui, dans le cadre d'échanges ou de parrainages forment les retraités)

Méthode de mise en œuvre des actions

Deux niveaux de mise en œuvre :

- A l'échelle départementale :

- Recenser l'offre de service des formations à disposition des retraités,
- Réaliser des partenariats avec les organismes porteurs, pour assurer une prise en charge du public retraité,
- Participer au développement de l'offre,
- Communiquer.

- A l'échelle territoriale :

- Identifier les partenaires et acteurs à l'échelle de chaque territoire,
- Diffuser l'information,
- Soutenir le développement de projets.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Pilotage et Développement,
- CODERPA

- Les Directions partenaires :

- Les Maisons du Département Solidarité (SLPS)

- Les partenaires :

- Les instituts de formations,
- DDASS
- Les cyber-centres,
- Les collectivités locales et territoriales
- Le Conseil régional Nord-Pas-de-Calais
- La C.R.A.M. Nord-Picardie,
- Les Caisses de retraite
- La C.N.S.A.,
- Les Centres Sociaux,
- Les clubs et associations du 3ème âge ou à vocation intergénérationnelle,
- CLIC.

Moyens nécessaires

- Financement dans le cadre de partenariats, soit sur le coût direct de la formation, soit en octroyant des subventions (d'investissement en matériel) aux sites d'accueil par le biais d'appel à projets concertés avec les partenaires financeurs.

- Favoriser le recrutement et la formation de bénévoles ou de personnel dans ces structures.

- Mettre en place les plans de communication appropriés.

Modalité d'évaluation

- Statistiques des organismes porteurs sur leurs publics, permettant de mesurer la progression du public retraité en cyber-centre,

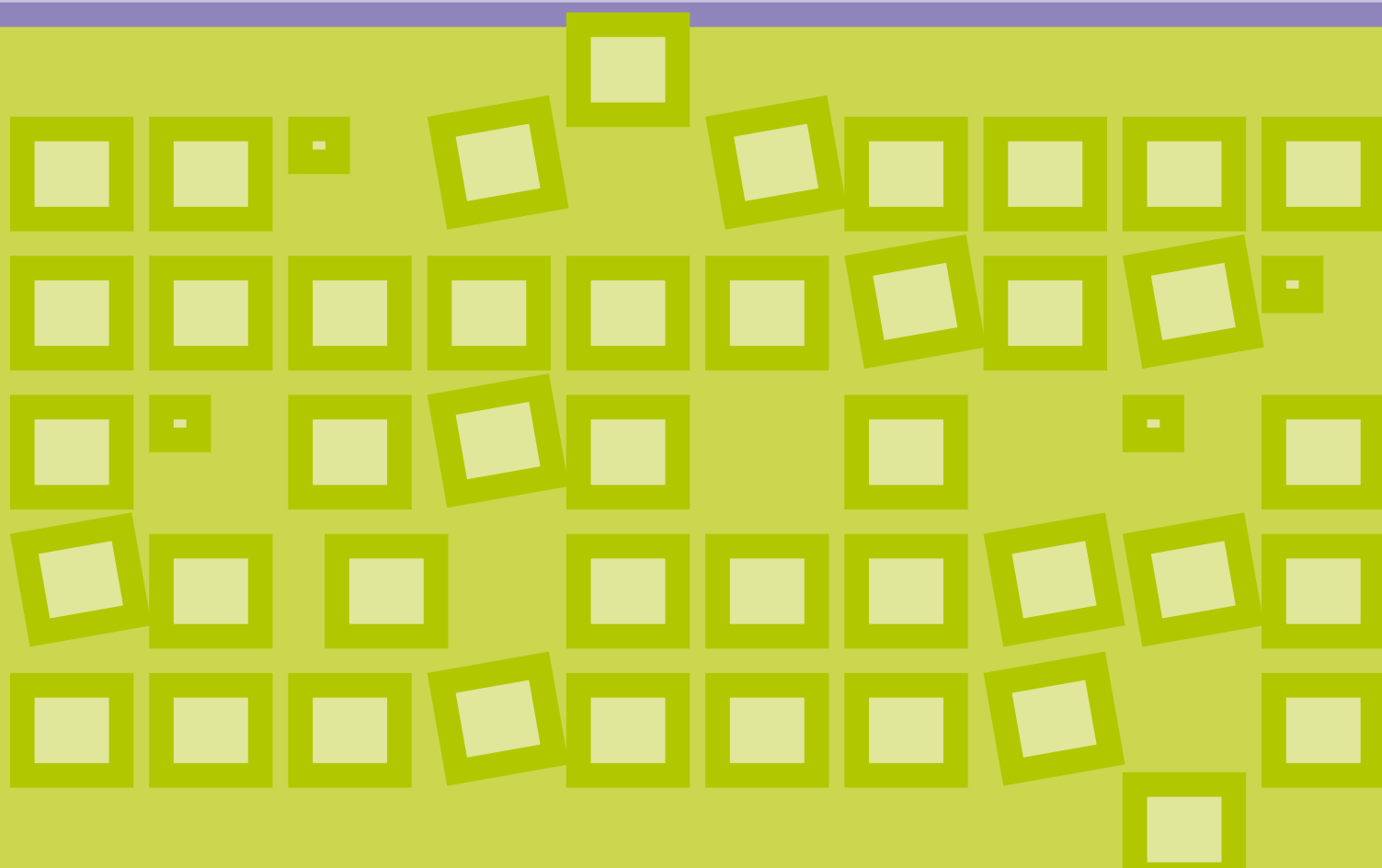
- Création d'outils d'évaluation des appels à projets, permettant d'établir le nombre de bénéficiaires et de tableaux de suivis remplis par les clubs et associations subventionnés, afin d'obtenir des données socio-démographiques sur le public atteint.

- Questionnaire d'évaluation à faire remplir par le retraité à la suite de la formation.

* Tim p@ss : Programme d'initiation aux N.T.I.C. gratuit ouvert à tous (public adulte) mis en place par le Conseil régional Nord-Pas-de-Calais

ORIENTATION 2 :

FAVORISER LE SOUTIEN DES PERSONNES À LEUR DOMICILE



Fiche Action n°4

Mieux informer l'utilisateur et son entourage

Diagnostic de l'existant

Les personnes âgées et leur entourage éprouvent des **difficultés à se repérer face à la multitude d'offre de services disponibles** : service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), les services de soins infirmiers (SSIAD), l'hospitalisation à domicile (HAD), le secteur associatif et les services à but lucratif. Le vocabulaire technique des professionnels est peu adapté pour une bonne compréhension des dispositifs et des modalités de prise en charge.

Pour les usagers et parfois l'entourage, la distinction entre services à domicile mandataires, prestataires ou encore le gré à gré n'est pas significative.

Par ailleurs, les notions de services autorisés et agréés n'ont guère de sens pour les usagers. Les distinctions entre HAD, SSIAD, SAAD ainsi que les différentes modalités d'imputation financière (assurance maladie, APA, caisse de retraite) viennent encore obscurcir le panorama.

Objectif de l'action

Assurer l'information de l'utilisateur, actuel ou futur, et de son entourage sur l'offre de services à domicile existante.

Actions

L'information porterait sur les modalités de prise en charge (présentation des services existants susceptibles d'intervenir / prestations proposées / les avantages et inconvénients par type de services / les modes de paiement / les aides financières susceptibles d'être octroyées) mais aussi et surtout sur la distinction entre un service prestataire ayant obtenu l'autorisation du Président du Conseil Général et un service fonctionnant avec l'agrément qualité délivré par la DDTEFP.

⇒ Elaborer un guide avec déclinaison territoriale destiné au public cible des personnes âgées et de leur entourage afin d'expliquer :

- les prestations susceptibles d'être octroyées,
- les différents services intervenants,
- les avantages et les inconvénients par type de service.

⇒ Accorder aux services autorisés la possibilité d'apposer un « logo » (ou le logo du Conseil Général) faisant apparaître clairement que le service est autorisé par le Président du Conseil Général (voir fiche action n° 6).

Méthode de mise en œuvre des actions

Création d'un groupe de travail

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : Direction des Personnes Âgées des Personnes Handicapées et de la Santé - Service Pilotage et Développement, Service Gestion des Etablissements et Services, Direction de la Communication

- Les Directions partenaires :

- Les Maisons du Département Solidarité (les équipes médico-sociales)

- Les partenaires :

- DDASS,
- les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique,
- les Fédérations de Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile,
- les Centres Communaux d'Action Sociale,
- le CODERPA.
- URMEL.

Moyens nécessaires

Financer la réalisation, la diffusion du guide

Modalité d'évaluation

- Nombre de réunions organisées pour travailler à l'élaboration du guide,
- Nombre de partenaires mobilisés puis finalement présents,
- Délais de mise en œuvre de l'action et date à laquelle le guide sera diffusé.

ORIENTATION 2 : FAVORISER LE SOUTIEN À DOMICILE

Objectif 5 : améliorer l'évaluation des besoins des personnes âgées

Objectif 23 : la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Fiche Action n°5 L'évaluation APA, quelles évolutions ?

Diagnostic de l'existant

Dans le cadre de la demande d'APA, l'évaluation des besoins est réalisée au domicile de la personne par les équipes médico-sociales du Département sur la base de la grille AGGIR et donne ensuite lieu à la proposition d'un plan d'aides diversifiées, associant interventions humaines et dispositifs techniques (aide à domicile, portage de repas, de courses, amélioration de l'habitat...) et recommandations.

Aujourd'hui, les équipes médico-sociales peuvent être amenées à se déplacer pour réévaluer le plan d'aide initial après sa mise en place, mais ces visites de suivi des bénéficiaires APA ne sont pas systématisées, de même que les échanges avec les services intervenants alors qu'ils pourraient avoir un rôle important dans l'accompagnement qualitatif, notamment :

- Pour éviter les changements non concertés entre l'usager / le Conseil Général / le(s) service(s) dans la mise en œuvre du plan d'aide APA,

- Pour prévenir les situations sociales complexes et des risques de maltraitance.

On constate également que les besoins des personnes âgées maintenues à domicile sont variés, pouvant s'étendre d'une simple intervention à domicile à une adaptation de logement ou encore un moyen de transport. Or aujourd'hui, même si les critères utilisés pour l'évaluation sont assez larges, grille AGGIR, entourage, habitat, aides en place...les plans d'aide proposés s'avèrent généralement assez limités du fait de contraintes budgétaires.

Objectif de l'action

Comment rendre le plan d'aide plus réaliste, actuel et proche des besoins de la personne âgée ?

Actions

- Harmoniser sur l'ensemble du territoire départemental les pratiques professionnelles des équipes médico-sociales,
- Mener une réflexion sur le suivi des plans d'aide APA par exemple par l'instauration d'un contact entre le service intervenant et l'équipe médico-sociale ayant défini le plan, +/- 1 mois après la visite des équipes médico-sociales visant à ajuster le plan d'aide.
- Améliorer les délais d'intervention des équipes médico-sociales lors d'une réévaluation de plan d'aide APA.

- Recenser les besoins complémentaires des personnes âgées favorisant leur maintien à domicile (adaptation du logement (lien avec sous-orientation 1 de l'orientation 3), besoins spécifiques des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, transport...) afin de mieux y répondre.

Méthodes de mise en œuvre

- Créer un groupe de travail constitué des représentants des équipes médico-sociales pour travailler sur :

- la rédaction de procédures sur la réalisation des évaluations domicile initiales,
- les modes de concertation avec les SAAD pour le suivi des plans d'aide,
- l'adaptation de l'évaluation aux besoins réels des personnes âgées,

- Faire intervenir des ergothérapeutes pour l'évaluation de l'adaptation du domicile aux besoins de la personne (lien avec la fiche action n° 10).

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services, Service Départemental de Santé

- Les Directions partenaires :

- Les Maisons du Département Solidarité (les équipes médico-sociales)

- Les partenaires :

- Les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile

Moyens nécessaires

- Réécriture et formalisation de nouvelles procédures entre le Conseil Général et les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.

- L'intervention d'un ergothérapeute pour l'évaluation des besoins d'adaptation du domicile.

Modalité d'évaluation

- Enquêtes de satisfaction des usagers (« phoning », enquêtes verbales et/ou écrites).
- Evaluation des délais d'instruction.

Fiche Action n°6

Promouvoir la démarche qualité dans les SAAD

Diagnostic de l'existant

Au niveau départemental, des orientations claires ont été prises en matière de développement des services à domicile, le Conseil Général étant le financeur principal, via l'APA, des prestations délivrées par ces services. Une **exigence de transparence et d'efficacité quant au fonctionnement est exigée** ce qui va conduire les services à mieux rendre compte de leur fonctionnement et de la qualité de leurs prestations. Pour répondre à cet objectif, un travail de concertation est lancé depuis mars 2007, avec les fédérations départementales et les services d'aide et d'accompagnement à domicile. **Trois groupes de réflexion ont été constitués, dont l'un doit traiter de la qualité des prestations fournies par les services.**

Objectif de l'action

Inciter les SAAD à s'engager dans une démarche qualité

Actions

- Elaborer des objectifs qualité et des indicateurs de mesure qui constitueront le socle des futurs contrats d'objectifs et de moyens qui seront signés entre les SAAD et le Conseil Général.
- Développer la signature de contrats d'objectifs et de moyens dans les SAAD sur la base du cahier des charges qualité
- Assurer un suivi des contrats d'objectifs et de moyens particulièrement sur la mise en œuvre des objectifs qualité

Méthode de mise en œuvre des actions

Création d'un groupe de travail

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services

- Les partenaires :

- Les fédérations d'aides à domicile
- DDASS
- URMEL

Modalité d'évaluation

- Nombre de services engagés dans la démarche qualité
- Nombre de contrats d'objectifs et de moyens signés.

SAAD = Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile.

Fiche Action n°7

Professionaliser les intervenants à domicile

Diagnostic de l'existant

Aujourd'hui, la profession d'aide à domicile se caractérise encore souvent par une certaine précarité dans des emplois à temps partiel seuls 5% des emplois sont à temps complet dans les SAAD. Bien que depuis 2002, le Conseil Général du Pas-de-Calais ait développé de nombreuses formations à l'aide à domicile, notamment en direction des allocataires du RMI, des efforts restent à mener puisque seules 45% des heures d'intervention des services prestataires sont effectuées par du personnel qualifié.

Compte-tenu du vieillissement prévisible de la population et du constat énuméré précédemment, une action forte vient d'être engagée à l'échelle nationale en faveur de la professionnalisation des intervenants des services d'aide à domicile. En février 2008, les objectifs en matière de développement de la filière d'aide aux personnes handicapées et dépendantes, inscrit dans le « plan des métiers au service de la dépendance », ont été présentés dans la Région. Ce plan pourrait apporter 400 000 emplois d'ici à 2015 et se décline en 4 priorités :

- Identifier les besoins
- Recruter auprès de 4 grandes cibles
- Rénover la formation
- Valoriser les métiers de la dépendance

Objectif de l'action

Professionaliser le secteur de l'aide à domicile

Actions

- Réaliser des études prospectives dédiées au développement et à l'adaptation de la qualification des intervenants à la prise en charge spécifique et évolutive des personnes âgées.
- Répondre aux besoins de formation initiale et continue des intervenants.
- Elaborer une campagne de promotion et de valorisation des métiers du grand âge.

Méthodes de mise en œuvre

- Evaluer les services autorisés, préalable aux études prospectives.
- Collaborer à la mise en œuvre des plans régionaux des métiers de la dépendance annoncés en février 2008 et pour lesquels la région Nord Pas-de-Calais est pilote.
- S'appuyer sur les conventions nationales Etat / Fédérations d'aide à domicile.
- Relayer les campagnes d'information Nationales.
- Assurer la complémentarité avec la politique d'insertion.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services, Service Pilotage et Développement

- Les Directions partenaires :

- Direction du Développement Social, Service Insertion

- Les partenaires :

- CNSA
- Conseil Régional
- DDTEFP
- Les institutions de formations spécialisées
- URMEL
- DDASS

Modalité d'évaluation

- Poids des personnels diplômés par type de qualification,
- Nombre de personnels à former, formé, ayant participé aux formations.

Fiche Action n°8

Développer les services nouveaux

Deux actions sont prévues :

- Développer le transport accompagné
- Développer la garde itinérante

ACTION 1 : DÉVELOPPER LE TRANSPORT ACCOMPAGNE

Diagnostic de l'existant

Contrairement à ceux qui vivent en ville, les personnes âgées installées dans les territoires ruraux et éloignés ont moins aisément accès aux transports publics ou autres. Les personnes âgées qui n'ont pas de véhicule sont particulièrement vulnérables à l'isolement et éprouvent également de la difficulté à accéder aux services communautaires et médicaux.

Dans les villes où il existe un système de **transport public**, il est fréquent que celui-ci **ne réponde pas aux besoins des personnes âgées** qui se déplacent en dehors des heures de pointe pour les travailleurs, et qui les utilisent pour différentes raisons : rendre visite à des amis, participer à des activités, accéder à des services ou faire des courses. Les transports publics, lorsqu'ils sont proposés, ne sont pas nécessairement organisés de manière à répondre à ces besoins. Par conséquent, ils sont moins utilisés.

Le recours à des **services de navette s'avère être une alternative intéressante** permettant de transporter des personnes âgées vers les grands centres pour leurs rendez-vous médicaux, notamment. Dans le département du Pas-de-Calais, seules deux structures proposent ce type de service sur le territoire de l'Arrageois, alors qu'ils représentent un net avantage en terme de proximité, d'individualisation de la prestation et de coût financier.

Par ailleurs, le Conseil Général s'est engagé dans l'écriture d'un schéma départemental de la mobilité qui devra identifier les besoins et repenser les modes de déplacements.

Ce travail prendra en compte les besoins spécifiques des personnes âgées ou handicapées et veillera à « développer les conditions d'un égal accès à une mobilité durable » répondant ainsi à l'un des objectifs du projet stratégique départemental.

Objectif de l'action

- Définir les besoins des personnes âgées en matière de transport et d'accompagnement.

- Développer ces services sur tout le territoire.
- Pérenniser cette prestation.

Actions

- Recenser les offres de transport et transport accompagné sur le territoire et définir des zones prioritaires de développement (zones ne bénéficiant pas de transports en commun ou à la demande),
- Aider au démarrage sur les zones prioritaires,
- Favoriser les services à vocation multiple et pas exclusivement dédiés au transport (notion de d'équilibre financier),
- Améliorer l'évaluation des besoins individuels en matière de transport en liaison avec les équipes médico-sociales,
- Mener une réflexion sur le financement de cette prestation en direction du public concerné.

Méthode de mise en œuvre des actions

- Etablir un questionnaire de recensement auprès des C.L.I.C. et des Collectivités Locales (Mairies et Intercommunalités) et une cartographie avec des zones prioritaires,
- Réaliser appel à projets conjoints entre les partenaires (Conseil Général, C.R.A.M., C.N.S.A.) sur le thème de l'aide au démarrage,
- Informer le public de prestations des services existants (véhicule adapté, formation de l'accompagnateur, rôle de l'accompagnateur),
- Organiser un groupe de travail avec les E.M.S. pour réfléchir à l'évaluation des besoins des personnes âgées en matière de transport,
- Favoriser les services situés en zones prioritaires,
- Favoriser les aides aux retraités dans les plans d'aides des partenaires (A.P.A., Evaluation Globale, retraites complémentaires...) afin de favoriser l'accès à ces services pour tous les retraités, quel que soit leur régime de retraite.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Pilotage et Développement, Direction des Infrastructures et des Transports

- Les Directions partenaires :

- DPAHS : Service de Gestion des Etablissements et Services

- Les partenaires :

- DDASS,
- les services prestataires,
- les équipes médico-sociales,
- les usagers,
- C.L.I.C.,
- Mairies et EPCI,
- la C.R.A.M. Nord-Picardie,
- la C.N.S.A.,
- la M.S.A.,
- les Régimes de Retraites et complémentaires,
- la Régie Départementale des Transports
- Autorités organisatrices des transports urbains.

Modalité d'évaluation

- Taux d'accessibilité des transports départementaux
- Nombre de projets déposés
- Questionnaire d'évaluation à faire remplir par l'utilisateur
- Cartographie annuelle des services sur le territoire
- Données chiffrées des services prestataires (public, motifs d'utilisation, répartition des usagers...)

ACTION 2 : DÉVELOPPER LA GARDE ITINÉRANTE

Diagnostic de l'existant

Ce service se veut complémentaire des services de maintien à domicile et favorise, par sa mise en place, une plus grande sécurité et qualité de vie pour les personnes aidées, un relais et un soutien pour la famille ou l'entourage.

Dans le Pas-de-Calais, l'offre est peu développée puisqu'il n'existe que deux services qui proposent ce type de prestation. Un service supplémentaire vient d'obtenir son autorisation. Le Conseil général souhaite développer de manière équitable les services de garde itinérante, sur le territoire départemental.

Objectif de l'action

- Développer sur le territoire départemental et de manière équitable les services de garde itinérante.

Actions et méthode de mise en oeuvre

- Constitution d'un groupe de travail qui sera chargé de :
 - recenser les services existants et évaluer leur fonctionnement ainsi que la qualité des prestations délivrées par les deux services de gardes itinérantes autorisés à ce jour,
 - définir les modalités de développement de cette prestation pour l'ensemble du département.
- Soutenir la création des services de garde itinérante et informer le public

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements

- Les Directions partenaires :

- Conseil Général : DPAHS - Service Départemental de Santé

- Les partenaires :

- DDASS,
- les deux services de garde itinérante autorisés,
- les fédérations de services d'aide et d'accompagnement à domicile,
- les Centres Communaux d'Action Sociale.

Modalité d'évaluation

- Fréquences des réunions de travail,
- Nombre de participants au groupe de travail,
- Nombre de services créés à la fin de la période de mise en oeuvre des actions du schéma.

ORIENTATION 2 : FAVORISER LE SOUTIEN À DOMICILE

Objectif 9 : soutenir les aidants

Objectif 23 : la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Fiche Action n°9 Soutien aux aidants

Diagnostic de l'existant

L'aidant vient en aide à une personne dont les capacités physiques ou intellectuelles sont amoindries en raison d'une maladie ou d'un handicap ou de l'âge. Elle n'arrive plus à accomplir certains actes ordinaires de la vie tels que faire ses courses, préparer son repas ou faire sa toilette... Si la personne en perte d'autonomie a besoin d'être soutenue, il apparaît souvent que l'aidant lui-même a besoin d'être informé, guidé, épaulé dans ce rôle pour lequel il a rarement été préparé.

Au niveau départemental, les structures **d'accueil de jour et hébergement temporaire** demeurent en nombre insuffisant et sont encore mal connues du public et des professionnels. Leur développement constitue un axe fort du schéma et sera présenté dans la sous-orientation 3 de l'orientation 3 « Développer quantitativement et qualitativement l'offre en établissement ».

Des expériences sont menées sur le territoire du Pas-de-Calais pour venir en aide aux accompagnants familiaux, des groupes de paroles permettant de soutenir les aidants existent mais restent peu fréquentés car l'aidant n'a pas la possibilité de laisser seul le malade.

Objectifs de l'action

- Permettre un recours aux solutions de relais de type accueil de jour et hébergement temporaire pour éviter l'épuisement de l'aidant **cf. fiche action n°17 « développer, soutenir et optimiser l'offre d'accueil de jour, et d'hébergement temporaire »**
- Permettre l'expression des craintes et angoisses des aidants, les informer et les aider à déculpabiliser
- Offrir aux aidants la possibilité d'être formés sur les thématiques liées à la prise en charge d'une personne âgée
- Optimiser l'accompagnement de la personne âgée et retarder ainsi son entrée en institution

Actions

- Développer l'information sur l'existant auprès du public et des professionnels de santé,
- Soutenir la mise en œuvre des groupes de paroles pour les aidants, qui leur permettent d'échanger sur des problématiques communes et d'exprimer leur vécu,
- Coupler les groupes de paroles à un accueil du patient (type accueil de jour avec animation de façon à assurer la sécurité du malade ou garde itinérante).
- Participer au développement de réunions de formation sur les thématiques liées à la prise en charge de personnes âgées :
 - Chutes,
 - Equilibre alimentaire,
 - Gestes et postures,
 - Concept « d'humanité »...

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Pilotage et Développement

- Les Directions partenaires :

- Maison du Département Solidarité

- Les partenaires :

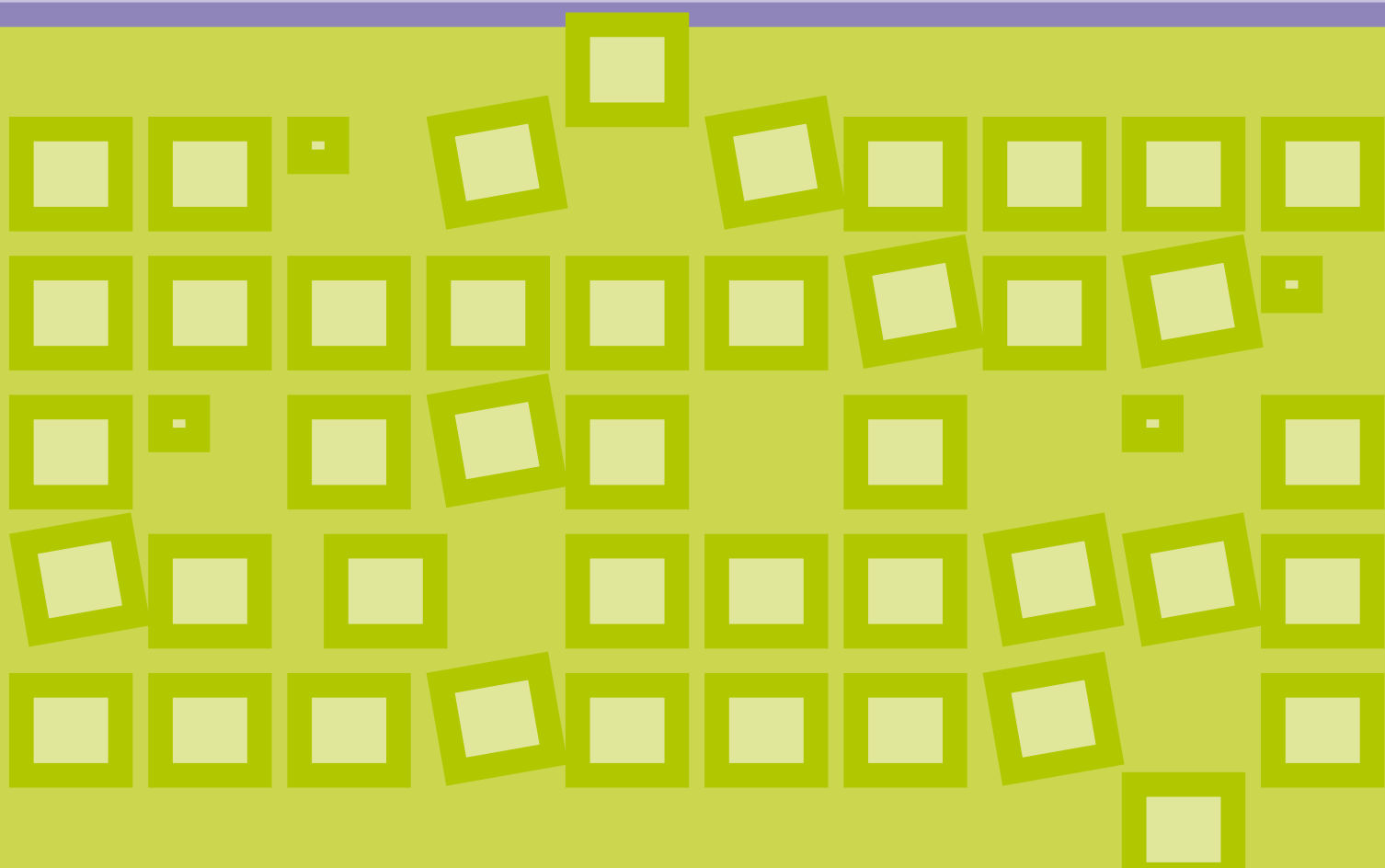
- l'échelon social de la CRAM et de la MSA,
- autres caisses de Retraite ,
- les 9 CLIC du département,
- les Centre Communaux d'Action Sociale,
- les associations (ex : Pas de calais Alzheimer...),
- le Comité technique PTS,
- URMEL

Modalité d'évaluation

- Nombre et participation aux groupes de paroles
- Nombre et participation aux réunions de formation

ORIENTATION 3 :

OFFRIR UN «CHEZ SOI» ADAPTÉ AU DEGRÉ D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE



Fiche Action n°10

Création d'une coordination départementale des aides à l'adaptation du logement des personnes en perte d'autonomie

Constats

Les acteurs sont nombreux et actifs, sans aucune mutualisation ni coordination de leur intervention pour l'adaptation du logement.

Les personnes âgées n'ont pas de visibilité sur les dispositifs existants pour les aider dans leurs démarches :

- trouver les financements nécessaires à l'adaptation du logement en cas de perte d'autonomie de l'habitant propriétaire,
- faire éventuellement le lien avec le propriétaire lorsque la personne âgée est locataire,
- accompagner la personne âgée dans son projet de travaux,
- l'informer et l'orienter vers un habitat plus sécurisé.

Les évaluations du domicile n'anticipent pas assez le vieillissement et ne prennent pas en compte le projet de vie de la personne, faute de sensibilisation des évaluateurs à cette dimension.

Les situations d'urgence sont traumatisantes pour la personne âgée et son entourage.

Les intervenants à domicile ne sont pas associés à l'évaluation, alors qu'ils ont une connaissance fine des difficultés que rencontrent les personnes dans leur logement.

Il importe enfin de connaître le projet de vie de la personne, dans le cadre d'un accompagnement dans la durée et personnalisé.

Promouvoir la prévention des risques liés à l'inadaptation du logement (chutes, hospitalisation,...), en rendant le logement accessible et adapté à la perte d'autonomie de la personne, permet d'éviter les situations d'urgence traumatisantes, tant pour la personne âgée que pour son entourage. Cette promotion ne peut que favoriser un maintien à domicile de qualité, en préservant le plus longtemps possible l'autonomie des personnes.

Objectifs de l'action

- Faciliter l'accès aux différentes aides existantes autour de l'adaptation du logement au travers d'entrées multiples : CLIC, CCAS, bailleurs ... pour une information mise à jour et lisible.
- Articuler les aides des différents financeurs pour une meilleure prise en charge des demandes,
- Construire une politique départementale du logement cohérente autour de l'adaptation du logement.

Actions

2 axes principaux :

1° - Apporter de l'information sur les possibilités d'adaptation du logement auprès des personnes âgées et de leur entourage, sans oublier les aides techniques

2° - aider à mener à bien le projet d'adaptation du logement (accompagnement)

Public : les 60 ans et + , propriétaires ou locataires, les professionnels, les familles

Méthode de mise en œuvre des actions

Réflexion collective des financeurs, pour construire les outils qui permettront de traiter la question de l'adaptation du logement : informer, conseiller, orienter, traiter.

Travailler avec les bailleurs sociaux sur les conditions d'adaptation des logements.

Travailler à l'échelon départemental, avant d'envisager des orientations territoriales (9 territoires dont les ressources et les besoins peuvent s'avérer différents).

Travailler en lien avec la MDPH, qui dispose déjà d'outils (cf. le fonds départemental de compensation, qui remplace le site pour la vie autonome). Prévoir une analyse commune des besoins quel que soit le public (âgé ou handicapé), pour ensuite cibler les réponses sur le public âgé.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS, Service Pilotage et Développement - DDS, Service départemental du logement

- Les partenaires :

- CRAM,
- Autres caisses : RSI, MSA, CARMi,
- Groupe TAITBOUT,
- MDPH,
- Les CLIC,
- Les bailleurs,
- Les CCAS,

- La MEEDDAT (ex. DDE),
- CAL PACT locaux (cf. mouvement Pact ARIM, avec partenariat CAF – MSA),
- HACAVIE (associations qui œuvrent dans le logement),
- ANAH (ou intercommunalités si elles disposent de la délégation d'aide à la pierre).

Moyens nécessaires

- Temps de travail mobilisé pour monter le dispositif,
- Coût des supports de communication,
- Coût de la diffusion,
- Nécessité de conventionner pour poser les bases des partenariats,
- Coût des aides financières pour l'adaptation,
- Possible expérimentation sur un ou plusieurs territoires.

Modalités d'évaluation

- Augmentation du nombre de demandes d'aides pour l'adaptation du logement,
- Aboutissement des projets de travaux,
- Réactivité du réseau des relais locaux pour la transmission des dossiers de demande,
- L'utilisation des fonds dédiés par chaque financeur à l'adaptation du logement.

Fiche Action n°11

Création d'un label du logement adapté aux personnes âgées pour les constructions existantes et les nouvelles constructions

Constats

- Une demande se développe pour les logements adaptés au public âgé, type béguinage, car ils semblent correspondre aux attentes des retraités qui veulent garder une certaine autonomie, et bénéficier d'un logement pratique et d'une sécurité surtout quand il s'agit de personnes seules. Actuellement il existe environ 66 béguinages à l'échelle du département du Pas-de-Calais mais ce chiffre ne rend pas compte de l'ensemble des habitats non institutionnels existants sur l'ensemble des territoires.

- Le souhait d'une majorité de personnes retraitées de vieillir chez elles quel que soit leur logement. Ce choix de vie doit être accompagné par des professionnels sensibilisés à toutes les dimensions que recouvre la notion d'habiter un lieu. Car la complexité du lien entre une personne et son lieu de vie doit être pris en compte dans l'accompagnement de la personne pour lui faire prendre conscience de toutes les incidences du choix d'un maintien à domicile pour qu'il ne s'agisse pas d'un choix par ignorance des possibilités existantes.

- Existence d'une multiplicité de labels créés par les différents groupes immobiliers.

Cette multiplicité n'est pas un facteur de lisibilité pour le public. Ces labels ne prennent pas forcément en compte les besoins des personnes dans leur globalité, et n'intègrent pas l'équipement social et médico-social environnant.

Objectifs de l'action

Favoriser le développement d'une offre de logements adaptés aux personnes âgées dans un cadre qui leur apporte un minimum de garanties quant à la prise en compte de leurs besoins sociaux et médico-sociaux.

Actions

- Réalisation d'un état des lieux (intérêt d'un Observatoire départemental de l'habitat) - cf. fiche action n° 12,
- Ecriture d'un cahier des charges du label,
- Signature d'une Charte ou d'une convention entre le Conseil Général et les bailleurs,
- Evaluation des projets labellisés,
- Communication autour de la labellisation.

Méthode de mise en œuvre des actions

- Enquête sur les attentes des personnes âgées de 55 ans à 75 ans par entretien auprès d'un échantillon de personnes représentatives de tous les territoires du Département.
- Etude socio-économique sur les personnes âgées de 55 à 75 ans du Département.
- Etude comparative de tous les labels existants et de la législation.
- Concertation avec les différents partenaires concernés.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS, Service Pilotage et Développement - DDS, Service départemental du logement

- Les partenaires :

- CRAM,
- autres régimes de base,
- les personnes âgées,
- MDPH,
- les bailleurs publics et privés,
- Régimes complémentaires,
- CLIC,
- MEEDDAT (ex. DDE).

Moyens nécessaires

- Financement d'une enquête qualitative,
- Financement d'une étude socio-économique,
- Participation financière à la construction ou à l'adaptation de logements intermédiaires.

Modalités d'évaluation

- Nombre de signataires de la Charte ou de la convention,
- Nombre de structures labellisées,
- Montants des engagements financiers,
- Enquêtes de satisfaction auprès des résidents des logements labellisés.

Fiche Action n°12

Recenser et diffuser les données sur l'habitat destiné aux personnes âgées

Constats

Chaque secteur professionnel a développé sa propre culture et ses pratiques, ce qui ne facilite pas la communication et les échanges entre professionnels de secteurs différents.

Les acteurs disposent d'informations différentes sur le logement et le public âgé, sans qu'il y ait de mise en commun de ces ressources dans un lieu unique.

L'offre de logements non institutionnels est difficile à repérer pour les professionnels et le public. Il n'existe pas de recensement exhaustif. La programmation des structures sociales et médico-sociales fait l'impasse sur les logements qui ne relèvent pas de son champ de compétence. Pour une meilleure lisibilité de l'offre complète à la disposition des personnes âgées leur permettant de faire un choix en toute connaissance de cause, il serait judicieux que cette offre complémentaire à l'offre sociale et médico-sociale soit mieux identifiée.

Objectifs de l'action

- créer un outil stratégique d'aide à la décision favorisant la cohérence des politiques publiques,
- apporter des informations complètes et précises sur le champ du logement pour aider les professionnels de terrain dans l'accompagnement et l'orientation du public,
- construire une culture et des pratiques communes autour du logement adapté ou adaptable à la perte d'autonomie, entre professionnels différents.

Actions

- Recenser l'offre de logements intermédiaires à l'échelle des territoires.
- Recenser les logements ayant donné lieu à la mise en place d'adaptations labellisées, tant en individuel qu'en collectif (pour une utilisation optimale de cet habitat adapté en le dédiant au public en perte d'autonomie),
- En perspective : - la création d'un observatoire départemental de l'habitat :
 - établir le cahier des charges de l'observatoire (en lien avec le service départemental du logement), pour l'axe personnes âgées / personnes handicapées,
 - réaliser des enquêtes de besoins auprès des personnes âgées, par bassin de vie,

- organiser un réseau de relais locaux d'information sur le logement,
- développer des supports de sensibilisation du public et des professionnels sur l'importance d'un logement adapté au vieillissement, pour prévenir les risques de perte d'autonomie,
- élaborer un plan de communication pour diffuser l'information.

Méthode de mise en œuvre des actions

Concernant le travail de recensement :

- Décentraliser la mission d'observation en s'appuyant sur les CLIC,
 - Collecter les données sur le logement intermédiaire auprès des bailleurs, des communes, des EPCI,
 - Travailler en réseau : organiser un réseau de relais locaux d'information sur le logement.

Concernant la création d'un observatoire :

- Structurer l'observatoire (cahier des charges),
- Mettre en place un réseau partenarial,
- Enquêter auprès des bailleurs, des communes, des EPCI,
- Elaborer un plan de communication pour diffuser l'information.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS, Service Pilotage et Développement - DDS, Service départemental du logement

- Les Directions partenaires :

- Maison du Département Solidarité

- Les partenaires :

- CRAM
- CLIC
- MDPH
- EPCI
- CCAS
- MEEDDAT (ex. DDE)
- PACT
- Bailleurs
- MSA
- RSI

Moyens nécessaires

- Temps de travail mobilisé sur les enquêtes,
- Coût des supports de communication,
- Coût de la diffusion,
- Moyens humains et techniques pour la mission d'intervention

Modalités d'évaluation

- Diversité des professionnels impliqués dans le travail de recensement et d'observation,
- Maillage des relais d'information sur tout le département du Pas-de-Calais,
- Mise en place d'articulations entre les politiques gérontologiques et logement du Conseil général.

Fiche Action n°13

Développer et soutenir un accueil familial de qualité

Constats

En complément du maintien à domicile et de l'accueil en institution, l'accueil familial élargit la palette des choix possibles pour la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Contraignante et peu valorisée, riche de 208 familles offrant 423 places dédiées aux personnes âgées de 60 ans et plus, cette activité doit être développée dans le Pas-de-Calais, dans la continuité de la politique engagée par le Conseil Général depuis presque 20 ans et du précédent schéma gérontologique.

Les points faibles du dispositif actuel sont les suivants :

- des accueillants en demande de soutien : sentiment d'isolement, difficultés à se faire remplacer notamment pour des absences de longue durée, besoin de formation dès l'obtention de l'agrément,
- des agréments inégalement répartis sur le département : les territoires de l'Arrageois, de l'agglomération d'Hénin Carvin et de la CommunAupôle de Lens Liévin sont peu pourvus, alors que l'Audomarois, l'Artois et les territoires côtiers présentent une forte concentration,
- des pratiques peu homogènes sur les territoires, en terme de contrôle et suivi social et médico-social,
- un personnel en nombre insuffisant pour instruire les demandes d'agrément et le suivi social et médico-social (les assistantes sociales figurent au rang de la catégorie la moins bien représentée).
- concernant la population handicapée :
 - de nombreuses demandes d'accueil restent sans réponse : au 31/12/2007, près de 3000 personnes adultes handicapées étaient en attente d'une entrée en établissement. L'accueil familial pourrait, en tant qu'alternative à la prise en charge institutionnelle, pallier le manque de places en établissement,
 - de nombreux travailleurs handicapés, actuellement accueillis en foyers d'hébergement, vont prendre leur retraite et devront donc quitter ces foyers pour laisser leur place aux personnes plus jeunes. Ce phénomène concerne, d'ici 5 à 10 ans, au moins 218 personnes.
 - certaines personnes handicapées expriment leur volonté de vivre en milieu ordinaire.

Objectifs de l'action

Développer et soutenir un accueil familial de qualité

Actions

- 1° - Elever le niveau de qualité des conditions d'accueil
- 2° - Soutenir les accueillants dans leur activité
- 3° - Multiplier les candidatures à l'agrément
- 4° - Favoriser l'expérimentation

Méthode de mise en œuvre des actions

Un groupe de travail a été constitué dans le cadre de la mise en œuvre du schéma départemental en faveur des personnes adultes handicapées, pour traiter des problématiques liées à ce mode d'accueil.

Sur le principe de convergence des politiques en faveur des personnes âgées et des personnes adultes handicapées, il importe que les axes suivants fassent l'objet d'un traitement par cet unique groupe de travail :

1° - concernant l'élévation du niveau de qualité de la prise en charge :

- réaffirmer la notion de choix de la personne âgée pour vivre en famille d'accueil.
- développer des outils :
 - guide des bonnes pratiques à l'usage de l'accueillant familial (préparation à l'accueil, suivi de l'accueil, formation, remplacement, groupes de parole..),
 - référentiel à l'usage des équipes de suivi,
 - dossier individuel et projet d'accueil de la personne accueillie.
- proposer une formation adaptée en amont de l'accueil.
- renforcer et spécialiser les équipes chargées du suivi.
- lutter contre l'accueil illicite.

2° - concernant le soutien aux accueillants dans leur activité :

- lutter contre l'isolement des accueillants par la mise en place de lieux d'écoute et de parole.
- développer et optimiser les solutions de suppléance :
 - développer des solutions facilitant l'accès à l'hébergement temporaire,
 - développer les services dédiés à la suppléance.
- favoriser les réseaux d'accueillants.
- développer le partenariat autour de l'accueilli et intégrer le dispositif d'accueil familial dans les

réseaux de coordination gérontologique.

3° - concernant le souhait de multiplier les candidatures à l'agrément :

- mettre en place des campagnes de promotion pour faire appel aux candidatures :
 - Communication par les réseaux CCAS, CLIC, ANPE...
 - Possible édition d'un guide de l'accueil familial.
- accompagner l'accueillant dans la recherche de financement de travaux d'adaptation de son logement (étudier l'apport possible de la PCH : prestation compensatrice du handicap).

4° - concernant la promotion de l'expérimentation :

Réfléchir aux conditions possibles de mise en œuvre des dispositifs suivants :

- service d'aide à domicile dédié à la suppléance des accueillants chez eux sur un territoire bien desservi (exemple : l'Audomarois) ;
- service d'accueil familial géré par une collectivité ou un établissement employant des accueillants sur un territoire peu desservi (comme l'Arrageois par exemple). (L 444-1 CASF).

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS, Service Gestion des Etablissements et Services

- Les Directions partenaires :

- DPAHS : Service Départemental de Santé et Service Pilotage et Développement

- Les partenaires :

- les accueillants
- les différents acteurs médico-sociaux

Moyens nécessaires

- Réunions régulières du groupe de travail
- Etudes sur les dispositifs innovants

Modalités d'évaluation

- Evolution des taux d'équipements (territoires mieux pourvus - places équitablement réparties)
- Homogénéisation des pratiques sur les territoires
- Diminution des listes d'attente
- Enquêtes de satisfaction
- Meilleure prise en charge des personnes handicapées vieillissantes
- Diminution des situations de crise : les accueillants vivent mieux leur activité du fait de l'accompagnement dont elles bénéficient

Fiche Action n°14 Rattraper le niveau d'équipement en EHPAD

Constats

- Le comparatif avec les données statistiques nationales permet de vérifier que le département est notoirement sous équipé en structures médicalisées : **un taux d'équipement de 90 lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus dans le Pas de Calais contre 117 lits en moyenne nationale.**
- Malgré les efforts notables du précédent schéma pour augmenter l'offre d'accueil médicalisé en faveur des personnes âgées (création de 1 668 places nouvelles), le déficit de places demeure.
- Cette insuffisance risque de se creuser au vue des perspectives d'évolution démographique des 75 ans et + pour les années à venir.
- **Une répartition de l'offre spatialement inégale**, avec notamment les trois territoires de l'ex-bassin minier ainsi que le Calaisis présentant des taux d'équipement en dessous de la moyenne départementale.

Objectifs de l'action

Un double objectif est retenu :

- **rattraper, sur le long terme, le taux d'équipement national,**
- **égaliser, à moyen terme (5 ans du schéma) les taux d'équipement des territoires du département en renforçant prioritairement les territoires de la CALL, de la CAHC, du Calaisis et de l'Artois.**

Si on projette l'évolution des taux d'équipement en EHPAD à partir de l'augmentation prévue des personnes âgées dans le Département d'ici à 2015, il est visé de faire passer le taux d'équipement départemental en EHPAD de 85, 4 lits pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans en 2007 à 102 à la fin du schéma*. Ce chiffre demeure toujours en deçà de la moyenne nationale, mais permet de réduire sensiblement notre retard.

Actions

Ce plan de rattrapage se traduira par la création de près de 2000 places entre 2008 et 2012, soit environ 400 places par an.

Compte tenu des fortes disparités d'équipement entre les neuf territoires et afin d'homogénéiser les capacités d'hébergement offertes aux habitants du Pas de Calais, certains territoires bénéficieront massivement des créations de places prévues.

	Nombre de places déc. 2007	Taux équipement pour 1000 PA 75 + Omphale 2005/2015	Taux équipement pour 1000 PA 75 + 75 ans ciblé pour 2012	Capacité ciblée pour 2012	Places à créer
Artois	1907	81,0	102,0	2403	496
Calaisis	731	68,4	102,0	1091	360
CAHC	609	65,5	102,0	949	340
CALL	1534	76,5	102,0	2046	512
Audomarois	833	93,1	102,6	913	80
Boulonnais	1141	90,9	102,0	1281	140
Arrageois	1415	97,6	102,0	1479	64
Ternois	641	111,6	111,9	641	0
Montreuillois	1102	106,6	106,6	1102	0
TOTAL	9913	85,4	102,5	11905	1992

* Calcul du taux d'équipement à partir des données de population INSEE personnes âgées de 75 ans et +, moyenne entre 2005 et 2015 à partir de la projection OMPHALE, soit 116 115 personnes

Près de vingt cinq nouveaux établissements devraient ainsi être autorisés à fonctionner d'ici à 2012 dans le Pas-de-Calais. Les projets éligibles devront être conformes aux principes retenus dans le schéma et offrir :

- un accompagnement spécifique des malades Alzheimer, dans des locaux organisés en petites unités de vie modulables (objectif 23),
- une palette d'offres d'accueil diversifiée : accueil temporaire, accueil de jour (objectif 17),
- une garantie de qualité de la prise en charge (objectif 16),
- une intégration satisfaisante aux réseaux préexistants (objectif 20),

Il sera par ailleurs tenu compte de la nécessaire couverture du milieu rural (objectif 15).

De plus, le Conseil Général du Pas-de-Calais, au travers de son Agenda 21 a souhaité intégrer les principes du développement durable dans son propre fonctionnement et relire les politiques qu'il mène à la lumière de ces mêmes principes. C'est pourquoi il sera particulièrement sensible à la promotion de bâtiments performants pour l'homme et l'environnement.

La garantie de l'accès pour tous à un accueil en établissement adapté est une préoccupation du Département. Aussi, l'habilitation totale ou partielle à l'aide sociale des futurs équipements sera systématiquement recherchée.

Méthode de mise en œuvre des actions

Ces créations nouvelles constitueront l'un des éléments central des futurs *projets gérontologiques de territoire*.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS / Service Gestion des Etablissements et Services et DDASS

- Les Direction partenaires :

- DPAHS / Service Pilotage et Développement
- Maisons du Département Solidarité

- Les partenaires :

- CRAM
- Les gestionnaires d'équipements
- Les autres membres des Comités territoriaux gérontologiques

Modalités d'évaluation

Il sera rendu compte annuellement au Comité de suivi du schéma de l'évolution du nombre de places créées. Il est envisagé de créer une base de données des réponses (places existantes et autorisées) dynamique, actualisée à minima après chaque CROSMS et accessible aux promoteurs en s'inspirant du travail déjà réalisé autour « des tableaux de bord territoriaux ».

ORIENTATION 3 : OFFRIR UN «CHEZ SOI» ADAPTÉ AU DEGRÉ D'AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Objectif 14 : rattraper le niveau d'équipement en EHPAD

Objectif 15 : développer une offre de proximité

Fiche Action n°14 bis Développer une offre d'hébergement diffuse et adaptée en milieu rural

Constats

L'offre d'hébergement permanent, qu'il soit médicalisé ou non, présente de fortes disparités selon les territoires. La concentration de ces équipements en zone urbaine ou dans un rayon proche est généralement constaté dans le Pas-de-Calais.

Ce dernier est par ailleurs notoirement sous-équipé en équipements médicalisés.

De sorte que l'entrée en EHPAD provoque souvent un déracinement pour la personne lorsque, du fait de l'éloignement de la structure, celle-ci est contrainte de quitter son milieu de vie habituel.

Une demande existe, parallèlement, pour des équipements non médicalisés de faible capacité, dès lors qu'ils offrent un cadre de vie sécurisé, dans un rayon proche du lieu de vie de la personne.

Sur les contraintes financières : les petites structures sont plus onéreuses en terme d'investissement immobilier.

Objectifs de l'action

Développer une offre de proximité pour répondre aux besoins exprimés par les populations vivant en milieu rural.

Actions

1° - développer le concept MARPA en lien avec la MSA, notamment sur les territoires de l'Artois, du Calaisis et du Boulonnais, sous équipés en EHPA.

2° - soutenir la création d'établissements médicalisés en milieu rural.

Méthode de mise en œuvre des actions

- créer un groupe de travail pour définir les conditions de développement des MARPA,
- communiquer sur l'intérêt d'une offre médicalisée diffuse en milieu rural. Envisager la piste de l'expérimentation s'il convient de vérifier la viabilité de ce type d'offre,
- accompagner les promoteurs dans la constitution du projet de création.

Acteurs

⇒ Pour l'action n° 1 :

- **Le pilotage** : Conseil Général – DPAHS, Service Gestion des Etablissements et Services et MSA
- **Les Directions partenaires** : DPAHS - Service Pilotage et Développement
- **Les partenaires** : les acteurs du maintien à domicile.

⇒ Pour l'action n° 2 :

- **Le pilotage** :
 - Conseil Général
 - DDASS
- **Les Directions partenaires** :
 - DPAHS - Service Pilotage et Développement
 - Maisons du Département Solidarité
- **Les partenaires** :
 - financeurs et professionnels du champ médico-social médicalisé

Moyens nécessaires

- Réunions de concertation régulières
- Définition des zones d'implantation prioritaires
- Échanges avec les promoteurs
- Suivi des opérations

Modalités d'évaluation

- Nombre de dossiers déposés et autorisés
- Maintien des personnes âgées dépendantes sur leur lieu de vie traditionnel
- Vérifier l'adaptation de l'offre créée aux besoins identifiés sur le territoire (enquêtes ..)
- Bilan d'activité des établissements

Fiche Action n°15

Poursuivre la politique d'amélioration des conditions de prise en charge dans les EHPAD

Constats

Les établissements médicalisés sont réglementairement tenus d'améliorer les conditions de prises en charge du public accueilli, et ce quel que soit le mode d'accueil (permanent ou temporaire).

L'amélioration de la qualité de la prise en charge en EHPAD porte notamment sur :

- la prévention et la lutte contre la maltraitance (droits des usagers, formations, repérage maltraitance, protocole de conduites, ...),
- les conditions d'accueil et d'admission,
- les conditions d'hébergement, la vie sociale, l'animation, le projet institutionnel,
- l'organisation des soins,
- les aides et soins spécifiques,
- la prévention de la dépendance, le maintien de l'autonomie,
- l'ouverture sur l'extérieur.

La quasi-totalité des gestionnaires a négocié et signé une convention tripartite dans les délais requis : c'est-à-dire au 31 décembre 2007.

Parallèlement, les professionnels sont confrontés à l'évolution de la perte d'autonomie du public accueilli : ce dernier est de plus en plus âgé, et souffre de plus en plus de poly pathologies.

Objectifs de l'action

Poursuivre la démarche qualité entreprise par les établissements dans le cadre du conventionnement tripartite de 1^{ère} génération.

Actions

Accompagner la négociation des conventions de 2^e génération.

Méthode de mise en œuvre des actions

- communiquer sur la démarche qualité et ses évolutions,
- aider les gestionnaires et professionnels dans leur projet de conventionnement de 2^e génération,
- continuer à promouvoir l'installation des outils de la loi de janvier 2002 : conseil de la vie sociale – divers

supports d'information à destination du public (résidents et leurs familles).

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général - DPAHS, Service Gestion des Etablissements et Services
- DDASS

- Les partenaires :

- les professionnels du champ médico-social
- les familles des résidents...

Moyens nécessaires

- participation aux travaux préparatoires au conventionnement
- communication à mettre en œuvre pour valoriser la promotion de la qualité
- financement de moyens supplémentaires afférant aux sections tarifaires Hébergement et Dépendance.

Modalités d'évaluation

- signature des conventions de 2^e génération,
- satisfaction des professionnels, du public accueilli et de leurs proches.

Fiche Action n°16

Promouvoir la démarche qualité dans les EHPA : logements foyers et MARPA

Constats

Les établissements d'accueil médico-sociaux non médicalisés de type logements-foyers et MARPA ne sont pas soumis à la signature d'une convention avec le Conseil Général (cf. parallèle avec le conventionnement tripartite auquel sont soumis les EHPAD).

La loi de janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale leur fournit cependant les outils nécessaires à la promotion d'une démarche qualité au sein de l'établissement.

Concernant plus précisément les logements foyers, dont les bâtis sont très majoritairement anciens (80 % du parc a plus de 20 ans), ils sont confrontés à l'évolution des besoins des personnes âgées et à la concurrence d'une offre non institutionnelle (les béguinages, résidences services) qui propose des services similaires tout en offrant un cadre architectural généralement plus moderne (plain pied, respect des normes sécurité et accessibilité).

Cette situation concurrentielle oblige les gestionnaires à réfléchir aux moyens possibles de viabiliser leur structure et de la maintenir dans le champ médico-social.

Cette inscription dans le champ médico-social passe obligatoirement par le développement d'une démarche qualité au sein de chaque EHPA, couplée à l'inscription de la structure dans un réseau de services pour accompagner la perte d'autonomie des résidents.

Objectifs de l'action

Inscrire pleinement chaque logement foyer et MARPA dans le paysage des établissements sociaux et médico-sociaux en tant qu'alternative de qualité entre le domicile de droit commun et l'établissement médicalisé, ainsi qu'en tant qu'acteur de la prévention de la perte d'autonomie.

Actions

Accompagner les logements foyers et les MARPA dans la mise en œuvre de leur démarche qualité, en développant notamment les outils déclinés par la loi de 2002.

Spécifiquement pour les logements foyers : les inciter à mener une réflexion sur les 4 points suivants :

- l'architectural (rénovation du bâti),
- la communication (ouverture sur l'extérieur : plaquette, logo... convention avec EHPAD, SAAD...),
- les résidents : maintien et promotion de leur autonomie,

- l'institutionnel : travailler à la diversification des services proposés (animation adaptée, blanchisserie, livraison à domicile, transport accompagné dans une logique de mutualisation des moyens (partenariats à mettre en œuvre).

Créer un conventionnement bipartite : LFR ou MARPA/ Conseil Général

Méthode de mise en œuvre des actions

Constituer un groupe de travail pour développer les actions.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général - DPAHS : Service Gestion des Etablissements et Services et Service Pilotage et Développement,

- Les partenaires :

- MSA,
- gestionnaires (CCAS),
- résidents, familles,
- personnels,
- les tutelles,
- la municipalité,
- les bailleurs sociaux,
- les intervenants socio-économiques.

Moyens nécessaires

- Rédiger un cahier des charges des EHPA (cf. travaux menés par la DGAS, auxquels participe le Pas-de-Calais)

- Fixer le cadre du conventionnement bi-partite

- Financement des mesures conventionnelles (principe et niveau à définir)

Modalités d'évaluation

- Mise en œuvre, dans tous les EHPA, des outils de la loi de 2002.2 : livret d'accueil, contrat de séjour, projet de vie...,

- Mise aux normes sécurité et accessibilité de l'ensemble du parc,

- Amélioration des conditions générales de prise en charge des résidents,

- Enquêtes de satisfaction auprès des résidents et de leurs proches,

- Revalorisation de l'image de marque des EHPA.

Fiche Action n°17

Développer, soutenir et optimiser l'offre d'accueil de jour et d'hébergement, dont l'accueil d'urgence

Constats

Le principe de l'accueil temporaire, destiné à soulager les aidants pendant un temps limité, a été reconnu par la loi de janvier 2002. Des décrets définissent ses modalités d'organisation et les conditions de sa tarification, les plans nationaux dédiés au public âgé* prévoient la création de nouvelles places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire.

Or, malgré la reconnaissance de l'importance du développement de l'accueil temporaire dans les schémas gérontologiques, l'offre ne se développe pas de manière significative.

Le Pas-de-Calais ne déroge pas à cette tendance, et présente des taux d'équipements faibles bien que le développement de l'accueil temporaire ait déjà fait l'objet d'une attention particulière de la part du Conseil Général au cours du précédent schéma.

Le constat est fait de l'inadéquation de la réponse aux besoins, et d'une inégale répartition de l'offre sur le département. Ces mêmes constats peuvent être également étendus à l'accueil de jour.

Par ailleurs, ces formules d'accueil rencontrent aujourd'hui des problèmes de fonctionnement : offre embolisée, coûts de fonctionnement élevés qui pèsent sur les tarifs.

La demande d'accueil temporaire tendrait cependant à se développer, de sorte que les besoins autrefois repérés pendant les congés estivaux se généralisent toute l'année.

A ce titre, l'accueil de jour et l'accueil temporaire peuvent constituer des formules de répit pour la personne âgée et sa famille.

De même, avec la progression de la maladie d'Alzheimer, il s'avère que l'accueil de jour des malades, dans des structures adaptées à l'accompagnement de ce public, constitue une réponse pertinente. C'est pourquoi, le récent Plan Alzheimer fait du développement des places d'accueil de jour une de ses mesures phare.

Objectifs de l'action

Développer la palette d'offre d'accueil en faveur des personnes âgées afin de mieux répondre à leur besoins et à ceux de leur aidants.

Actions

- Développer quantitativement l'offre et viser en 5 ans :

- un taux d'équipement en accueil temporaire de 5 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, soit le doublement de l'offre (+ 300 places)
- un taux d'équipement en accueil de jour de 3 places pour 1000 personnes âgées de plus de 75 ans, entraînant la création de 100 places supplémentaires.

- Qualifier et Soutenir ces offres de réponses alternatives par :

- mettre en place une communication appropriée sur ces prestations (mise en valeur de l'offre en direction des personnes âgées, de leur famille et des prescripteurs (médecin traitant, intervenant à domicile, CLIC, ...))
- réfléchir à la solvabilisation de la demande d'accueil de jour
- encourager les initiatives en matière de transport
- favoriser les échanges de bonnes pratiques, envisager la création d'un réseau des gestionnaires et une mutualisation des personnels formés
- inscrire cette offre nouvelle dans le réseau des acteurs à l'échelle du territoire
- expérimenter des solutions atypiques.

- Optimiser le fonctionnement de l'offre :

- mener une évaluation de l'offre existante sur le département
- réfléchir au regroupement de l'offre (notion de taille critique)
- envisager un traitement de ces réponses dérogatoires aux principes de fonctionnement habituels des établissements (ratios d'encadrement, tarification...)

Méthode de mise en œuvre des actions

Créer un groupe de travail interinstitutionnel
Respecter la forte dimension territoriale de cette action

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général - DPAHS, Service Gestion des Etablissements et Services
- DDASS

- Les Directions partenaires :

- DPAHS - Service Pilotage et Développement
- Les Maisons du Département Solidarité

- Les partenaires :

- Les gestionnaires d'établissements
- Les CLIC
- Réseau MEOTIS

Modalités d'évaluation

- Progression du nombre de places
- Développement de la demande
- Accessibilité des dispositifs mis en place

* «*Vieillesse et solidarité*», «*Solidarité grand âge*», «*Alzheimer*»

Fiche Action n°18

Promouvoir le principe de coopération

Constats

Les gestionnaires d'établissements médico-sociaux sont confrontés à l'accélération de la perte d'autonomie de leur public et à l'émergence de besoins supplémentaires, notamment en personnels, liés à cette évolution.

Proposer une offre de qualité à un prix socialement acceptable apparaît comme un défi, qui doit cependant être relevé eu égard à de nombreux indicateurs : la faiblesse du revenu moyen dans le Pas-de-Calais, la demande d'équipements de petite taille en milieu rural, les obligations de la loi en matière d'amélioration des conditions générales de prise en charge du public.

La mutualisation des moyens doit aider les gestionnaires à relever ce défi, notamment autour d'un groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS), mode opératoire qui bénéficie de financements de la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS).

Objectifs de l'action

Permettre aux établissements de développer une offre de service de qualité à un coût raisonnable.

Actions

Promouvoir le principe de coopération comme un mode opératoire privilégié à l'usage des gestionnaires d'établissements et services intervenant dans le champ gériatrique à l'échelle d'un territoire.

Méthode de mise en œuvre des actions

Constituer un groupe de travail pour poser le cadre de l'action.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général - DPAHS, Service Gestion des Etablissements et Services
- DDASS

- Les partenaires :

- les membres des Comités territoriaux gériatriques

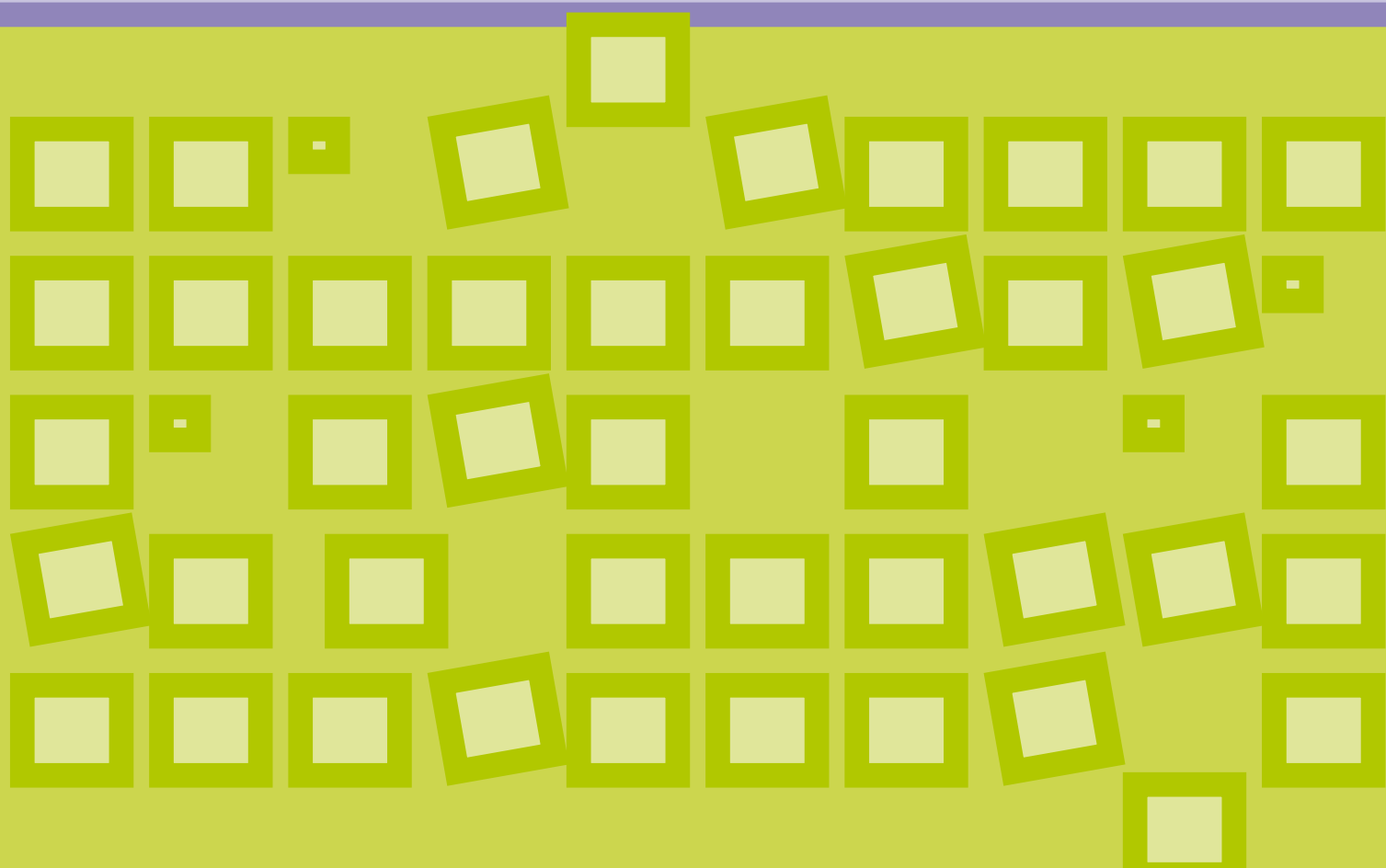
Moyens nécessaires

- Faire connaître et valoriser le principe du groupement de coopération sociale ou médico-sociale,
- Réunir les gestionnaires autour de problématiques communes,
- Accompagner les gestionnaires dans leur travail de mutualisation,
- Poser le cadre des GCSMS.

Modalités d'évaluation

- Progression du nombre de places
- Satisfaction du public
- Développement de la demande

ORIENTATION 4 : PRÉVENIR ET SOIGNER LES PATHOLOGIES LIÉES AU GRAND ÂGE



Fiche Action n°19

Structurer les actions de prévention à l'échelle des territoires

Diagnostiques de l'existant

Le Programme Régional de Santé Publique mis en œuvre depuis 2007 intègre un programme relatif à la prévention gérontologique. Il vise à mettre en œuvre des actions dont l'objectif est de retarder la survenue des pathologies et de la dépendance liées au grand âge.

Ce programme est régional et mis en œuvre dans le cadre d'un large partenariat institutionnel : Groupement Régional de Santé Publique (Etat, Assurance Maladie et quelques communes volontaires) et collectivités territoriales regroupées au sein de la Charte (Départements du Nord et du Pas de Calais, Région Nord Pas-de-Calais).

La mise en œuvre du programme est territorialisée. Dans le Pas-de-Calais, la territorialisation du programme est calée sur le découpage mis en place par l'institution départementale et définissant 9 territoires. A l'échelle de chacun de ces territoires, un coordonnateur est chargé de promouvoir le développement d'actions locales, d'instruire les demandes de financement formulées et, plus largement, d'animer le réseau d'acteurs locaux de la prévention.

En matière de prévention gérontologique, les acteurs potentiels sont nombreux et divers : services sociaux (CCAS, MDS), caisses d'assurance maladie ou de retraite, associations, établissements sanitaires ou médicaux sociaux, professionnels du soin.

Ainsi, les actions de prévention à destination des personnes âgées sont aujourd'hui nombreuses et ne peuvent être réduites au seul champ des actions financées dans le cadre du PRSP.

Parmi les nombreuses missions dévolues aux CLIC figure la coordination des actions de prévention sur le territoire de son ressort.

Objectifs de l'action

La dispersion et l'atomisation des actions de prévention gérontologique présente un risque.

L'absence de cohérence entre des initiatives isolées peut aboutir à une perte d'efficacité globale à travers :

- un mauvais ciblage territorial ou thématique des actions,
- la redondance des actions mises en œuvre,
- l'incapacité à professionnaliser les actions en absence de taille critique.

A l'inverse, le développement d'actions partenariales ou coordonnées dans le cadre d'un programme de territoire permet :

- de répondre aux besoins prioritaires du territoire à partir d'un diagnostic partagé,

- de répartir les efforts de manière harmonieuse entre les opérateurs, en recherchant la complémentarité des initiatives,

- de professionnaliser les interventions en mutualisant expertise et fonctions support.

Actions

Elaborer et mettre en œuvre un programme de prévention gérontologique à l'échelle de chaque territoire.

Ce programme mettrait en cohérence l'ensemble des actions financées dans le cadre du PRSP mais également celles mises en œuvre par d'autres opérateurs, notamment dans le cadre de leurs interventions de droit commun (MDS, CCAS, Caisses).

Modalités de mise en œuvre

L'élaboration et le contrôle de la mise en œuvre du programme reposeront sur une démarche partenariale animée conjointement par le coordonnateur PTS local et le CLIC. En effet, l'un est légitime dans le champ de la prévention et l'autre dans celui de l'action gérontologique.

Coordonnateurs et CLIC ont, le plus souvent, déjà des relations de travail. Il s'agirait pour eux de systématiser, structurer et formaliser ces relations pour élaborer et faire vivre un programme territorial qui reposerait sur :

- la définition d'objectifs de prévention (à partir du PRSP et du diagnostic local),
 - le recensement des actions de prévention existantes,
 - le développement d'actions coordonnées ou partenariales,
 - l'utilisation commune ou la mutualisation de moyens.
- L'actualisation des objectifs et du programme d'action serait envisagée sur un mode annuel afin d'être en phase avec la périodicité des appels à projet.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général - DPAHS, Service Départemental de Santé
- DDASS

- Les Directions partenaires :

- Les Maisons du Département Solidarité

- Les partenaires :

- Coordonateurs PTS,
- CLIC,
- l'ensemble du réseau d'acteurs de la prévention.

Fiche Action n°20

Structurer la filière gériatrique hospitalière sur chaque territoire

Diagnostiques et constats

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire définit de manière précise le contenu de la filière gériatrique hospitalière qui doit être mise en œuvre à l'échelle de chaque « zone de proximité » (7 zones de proximité correspondant, à quelques modifications près, aux 9 territoires définis par le Département, qui subdivise les zones de proximité de Lens et d'Arras).

La structuration de la filière de gériatrie s'organise à partir des établissements sites de court séjour gériatrique, avec plateau technique minimal et urgences. Ils doivent par ailleurs développer hôpital de jour et équipe mobile de gériatrie. Ils doivent développer ou passer convention avec des établissements développant : consultations mémoire, hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique, unités de soins de longue durée (USLD), soins palliatifs et psycho-gériatrie. Ils doivent avoir des conventions avec les structures médico-sociales et ambulatoires. Ils doivent avoir un plan de développement de la formation au niveau local et interne.

Aujourd'hui, sur chaque zone de proximité, la filière gériatrique hospitalière est incomplète ou insuffisamment structurée.

Objectifs de l'action

L'ARH s'est donnée pour objectif de développer et structurer une filière gériatrique complète sur chacune des zones de proximité.

Actuellement, seule la zone de proximité de Lens s'avère labélisable au regard du cahier des charges de la filière.

Actions

Le développement ou la structuration de ces filières gériatriques sont inscrits dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que chaque établissement de santé conclut avec l'ARH. C'est le cas pour les établissements référents mais aussi pour les autres établissements, afin de signifier les liens développés avec les établissements référents (conventions de partenariat). Ces filières doivent faire l'objet d'une visite de contrôle sur place, au fur et à mesure de leur individualisation, et d'une labellisation par l'ARH chaque année.

Modalités de mise en œuvre

La structuration de la filière gériatrique hospitalière relève de l'ARH (et demain de l'Agence Régionale de Santé). Dans ce cadre, l'autorité sanitaire est représentée, au niveau de la zone de proximité, par l'inspecteur DDASS référent sur le secteur. C'est à lui qu'incombe le suivi des engagements pris par les établissements de santé, notamment dans le champ gérontologique.

Parallèlement, le Département est en charge de développer les conditions d'une réelle coordination gérontologique sur chaque territoire.

La forte continuité entre les deux démarches impose une coopération étroite et continue entre ARH et Département au niveau de chaque territoire. Cette coopération prend localement la forme :

- d'un fonctionnement en binôme (inspecteur/attaché) sur chaque territoire,
- d'une ouverture des procédures de suivi de chacune des deux démarches au partenaire institutionnel, afin de participer ensemble à la mise en œuvre d'un «projet gérontologique de territoire» (voir le chapitre «coordination gérontologique »)

L'objectif sera poursuivi dans le cadre de démarches distinctes :

- l'exécution des CPOM des établissements de santé et les délivrances d'autorisation qui s'y rattachent (un bilan annuel de mise en œuvre présenté par la DDASS peut être envisagé),
- la renégociation des conventions tripartites à passer avec chaque EHPAD à partir de 2008, et notamment l'exigence de formalisation des relations avec la filière, qui sera exigée de chaque EHPAD dans le cadre de sa convention tripartite. Dans le cadre des travaux du COTER de gériatrie sous l'égide de l'ARH, un projet de convention cadre à passer entre CH et EHPAD est en cours de validation. Ce document pourra prochainement être mis à disposition des acteurs.
- l'animation ou le soutien aux travaux engagés au niveau territorial.

Acteurs

- Le pilotage :

- ARH (ARS)

- Les partenaires :

- maître d'ouvrage délégué : DDASS
- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services
- ensemble des acteurs hospitaliers et médicaux sociaux sur le territoire

Fiche Action n°21 Organiser les relations entre l'hôpital et le domicile

Diagnostiques et constats

L'articulation entre l'hôpital et les structures d'aval est un enjeu identifié par tous les acteurs de la prise en charge gériatrique.

Les relations entre l'hôpital, les structures d'Hospitalisation à Domicile (HAD) et les Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) sont aujourd'hui trop souvent marquées par la méconnaissance mutuelle, voire la méfiance et les réflexes concurrentiels. Des difficultés sont régulièrement rencontrées sur les territoires (aujourd'hui tous dotés des trois types de prise en charge) qui se traduisent par :

- une sous utilisation du dispositif HAD récemment mis en place,
- la saturation ou la lourdeur excessive des cas traités par les SSIAD,
- la difficulté pour les trois types de structure de trouver des solutions d'aval (ou d'amont) lorsque l'état du patient ne correspond plus à leur mission,
- l'incompréhension des malades et de leur famille face à des évolutions de prises en charges inadaptées, heurtées, et ayant également des conséquences financières.

Objectifs de l'action

Les travaux menés sous l'égide de la DDASS en 2007 ont permis de dégager trois axes d'amélioration de l'information et de la coordination relatives aux dispositifs de soins infirmiers et hospitaliers à domicile :

- la conclusion, sur chaque territoire, d'une convention régissant les relations entre SSIAD et HAD à partir d'une convention type,
- l'organisation sur chaque territoire d'une démarche commune SSIAD et HAD d'information à destination des établissements hospitaliers (voir tableau annexé présentant les missions et fonctionnements respectifs des deux dispositifs),
- la nécessité d'intégrer les soignants libéraux dans l'élaboration de parcours de soins, en s'inspirant d'expériences réussies,
- l'extension, à terme, de ce partenariat formalisé à l'échelle des territoires, au domaine de l'aide à domicile (SAAD).

Actions

1) La conclusion, sur chaque territoire, d'une convention

régissant les relations entre SSIAD et HAD à partir de la convention type annexée :

SSIAD et HAD sont alimentés par des prescripteurs communs : médecine de ville et hôpital.

Par ailleurs, SSIAD et HAD sont des dispositifs qui s'adressent à des patients dont les besoins de prise en charge sont relativement proches. Cette proximité rend fréquent le passage pour un même patient d'un dispositif à l'autre.

Il est nécessaire que sur chaque territoire, une réflexion soit engagée entre le service d'HAD de référence et le (ou les) SSIAD intervenant sur la zone sur les moyens d'améliorer la coordination des deux dispositifs.

Il est souhaité que cette réflexion collective aboutisse à des engagements concrets de la part des partenaires, formalisés dans le cadre d'une convention de coopération.

Afin de faciliter la démarche, le groupe de travail a élaboré une convention type.

Cette convention type n'est pas un cadre rigide. Elle constitue un cadre minimal qui peut être enrichi à l'issue de la réflexion territoriale. Sur certains territoires, des pratiques sont déjà en place qui peuvent différer, où aller au delà des engagements proposés par la convention type. Il s'agira alors d'en tenir compte dans le document final.

Si des libertés peuvent être prises avec le socle proposé, il est par contre demandé que des contacts soient rapidement pris à l'échelle des zones d'intervention de chaque HAD entre les différents intervenants afin **qu'une réflexion soit rapidement engagée et qu'une convention puisse être signée par chaque SSIAD et chaque HAD intervenant sur un même territoire.**

Pour des raisons pratiques, il est proposé que l'initiative de la démarche soit prise sur chaque territoire par le service d'HAD.

2) L'organisation sur chaque territoire d'une démarche commune SSIAD et HAD d'information à destination des établissements hospitaliers :

La majorité des entrées en SSIAD ou HAD s'effectue à l'issue d'un séjour hospitalier.

Avec le développement de la tarification à l'activité (T2A), les établissements de santé -publics ou privés- ont un intérêt direct à trouver des solutions de prise en charge extra-hospitalières, une fois terminée la phase aigüe de prise en charge.

Cependant, aujourd'hui, les solutions d'aval que représentent l'HAD et le SSIAD restent encore mal connues des gestionnaires et des praticiens hospitaliers.

Cette méconnaissance se traduit par :

- une sous utilisation de ces dispositifs qui embolise les services de court ou moyen séjour,
- une orientation inadaptée (HAD et SSIAD répondent à des besoins de prise en charge différents),
- une orientation qui s'effectue dans de mauvaises conditions car elle n'a pas été suffisamment anticipée et préparée.

Aussi, il est proposé que sur chaque territoire, une démarche commune soit engagée par l'HAD et le (ou les) SSIAD de référence visant à informer les établissements hospitaliers du secteur des prestations qu'ils fournissent et des modalités d'une coopération harmonieuse avec l'hôpital.

Pour ce faire, une démarche collective sera engagée par HAD et SSIAD auprès de chaque établissement de santé qui consistera à intervenir auprès de la Commission Médicale d'Etablissement et du Conseil Exécutif afin de présenter :

- les missions et le fonctionnement respectif de l'HAD et du SSIAD à l'aide du document de présentation HAD/SSIAD annexé,
- l'intérêt pour l'établissement de santé d'utiliser de manière adéquate ces dispositifs,
- l'intérêt pour chacun, et in fine pour le patient, de définir précisément les modalités de coopération entre l'hôpital et les dispositifs HAD et SSIAD (anticipation des sorties, précision de la fiche navette, collégialité de la décision d'orientation dans les cas les moins évidents).

Il semble évident que cette démarche auprès des établissements hospitaliers ne doit être engagée qu'une fois que la convention SSIAD/HAD a été formalisée.

Sur chaque territoire, une démarche d'information collective HAD/SSIAD auprès de chaque établissement de santé sera engagée.

3) La possibilité de mener des actions d'information à destination des acteurs de santé libéraux en s'inspirant d'expériences réussies :

Les acteurs de santé libéraux sont directement concernés par ces dispositifs :

- médecins en tant que prescripteurs,
- pharmaciens,
- infirmiers et kinésithérapeutes libéraux en tant qu'opérateurs.

La diffusion d'une information claire auprès de ces professionnels est ressentie également comme un besoin. Elle permettra d'améliorer leur contribution et de

lever certains malentendus par rapport à des dispositifs dont ils sont acteurs ou partenaires.

Cependant, toute démarche d'information vis à vis des professionnels libéraux se heurte à la difficulté de mobiliser l'attention d'un public très dispersé et peu disponible.

Ces contraintes ne doivent pas stériliser toute initiative. Certaines expériences sont aujourd'hui en cours qui montrent des exemples de voie à suivre :

- organisation de réunions locales à destination des professionnels à une heure tardive,
- développement de modules de formation agréés dans le cadre de la formation continue.

Afin de donner corps à ces initiatives, l'aide de l'URMEL et des organisations professionnelles est souhaitable.

Il peut également être envisagé de constituer, à l'échelle du territoire, comme c'est aujourd'hui le cas sur Arras, un comité de représentation des professionnels libéraux (médecins, pharmaciens, paramédicaux) sollicité sur tout projet intéressant les soins de ville.

4) Une fois le partenariat HAD/SSIAD établi, son extension au champ de l'aide à domicile (SAAD) pourra être envisagée.

Ce deuxième temps de la démarche sera mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat étroit entre la DDASS et le Département.

Acteurs

- Le pilotage :

- La DDASS dispose de la double légitimité lui permettant d'impulser et de piloter le dispositif de structuration des relations entre SSIAD et HAD sur chaque territoire.
- Le Conseil Général : Direction des Personnes Agées, Handicapées et de la Santé – Service de Gestion des Etablissements et Services, pour l'élargissement du dispositif aux SAAD.

- Les co-pilotes :

- L'ARH est compétente sur le champ de l'HAD.
- Le Préfet l'est dans le champ des SSIAD.
- L'URMEL dispose de la légitimité et de la compétence pour faciliter les démarches d'information auprès des médecins libéraux.

- Les partenaires :

- fédérations SSIAD
 - fédérations HAD (FHF, FEHAP)
 - organismes professionnels (médicaux et pharmaciens)
- autres acteurs libéraux : infirmiers, kinésithérapeutes...

Pour l'ouverture de la démarche au champ de l'aide à domicile :

- Département
- Fédérations SAAD.

HAD	SSIAD
<p><u>Est une structure sanitaire :</u></p> <p>Article R6121-4 du CSP « les alternatives à l'hospitalisation ont pour objet d'éviter une hospitalisation ou d'en diminuer la durée. Ces alternatives comprennent les activités de soins dispensées par les structures dites d'hospitalisation à domicile ».</p> <p>Sont soumises aux obligations des établissements de santé prévues au sein du Code de la Santé Publique.</p> <p><u>Missions :</u></p> <p>Article R6121-4 du CSP « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».</p>	<p><u>Est une structure médico-sociale :</u></p> <p>Article L312-1 du CASF « sont des établissements et services sociaux et médico-sociaux [...] 6° les établissements et les services qui accueillent ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale».</p> <p>Sont soumis aux obligations des établissements médico-sociaux prévues par le Code de l'Action Sociale et des Familles.</p> <p><u>Missions :</u></p> <p>Article D312-1 du CASF « les SSIAD assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes - de personnes adultes de moins de 60 ans, présentant un handicap - de personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques.
<p>Ces deux types de structures sont complémentaires. Ce qui les distingue est, essentiellement, le niveau et la coordination médicale des soins dispensés par l'HAD. Un même patient est susceptible de relever de l'un ou de l'autre dispositif à des stades différents de la prise en charge de sa pathologie.</p>	
<p><u>Modalités pratiques :</u></p> <p>1) <i>admission</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sur proposition et accord du médecin traitant - après accord du médecin coordonnateur, du cadre de santé et assistante sociale - après accord du directeur - après accord du patient et/ou sa famille et/ou son représentant légal. <p>2) <i>sortie</i></p> <p>amélioration ou aggravation de l'état de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - décidée par le médecin coordonnateur et le médecin traitant - préparée en aval par l'équipe. <p>3) <i>évaluation des soins / autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisation de l'indice de Karnosky - utilisation de la grille AVQ - évaluation faite par l'équipe médico-sociale de l'HAD et réévaluée de façon hebdomadaire. <p>4) <i>financement</i></p> <p>Le financement est assuré par l'assurance maladie sous la forme d'un Groupe Homogène de Tarif dans le cadre de la tarification à l'activité variable en fonction du mode de prise en charge et de la durée de séjour. Ce tarif comprend la prise en charge médicale globale hormis l'imagerie médicale, l'hôtellerie et la nutrition parentérale.</p> <p>Les honoraires du médecin traitant ne sont pas inclus sauf si l'HAD a le statut d'établissement public.</p> <p>Les honoraires des médecins libéraux spécialistes sont directement payés par le patient.</p>	<p><u>Modalités pratiques :</u></p> <p>1) <i>admission</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - sur proposition et accord du médecin traitant - après accord de l'infirmière coordinatrice - après accord du patient et/ou sa famille et/ou son représentant légal. <p>2) <i>sortie</i></p> <p>amélioration ou aggravation de l'état de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - décidée par le médecin traitant et l'IDE coordinatrice - préparée en aval par l'équipe. <p>3) <i>évaluation des soins / autonomie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - utilisation de la grille AGGIR - évaluation faite par l'IDE coordinatrice et réévaluée régulièrement. <p>4) <i>financement</i></p> <p>Le financement est assuré par l'assurance maladie sous forme de dotation globale unique, indépendante du besoin en soins techniques du patient. Elle comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la rémunération des infirmières salariées - la rémunération des aides soignantes / aides médico-psychologique salariées - les honoraires des soins prescrits par le médecin traitant et réalisés par les IDE libérales. <p>Les autres frais incombent directement aux patients.</p>

Fiche Action n°22

Améliorer la réponse aux besoins de soins en établissement

Diagnostiques de l'existant

S'il existe un outil qui permet de mesurer spécifiquement l'état de dépendance des résidents (grille AGGIR), un tel outil n'existe pas pour mesurer le besoin en soins. Aussi, faute de solution alternative, depuis la mise en place de la « tarification ternaire » on considère que le besoin en soins est directement et intégralement lié à l'état de dépendance de la personne. C'est donc le GMP de la structure qui permet de déterminer le niveau de sa dotation « soins ».

Objectifs de l'action

Partant du constat partagé par les professionnels que le lien entre « état de dépendance » et « besoins en soins » était assez distendu, un outil a été développé au plan national permettant d'évaluer de façon spécifique le « besoin en soins » des résidents en EHPAD. Il s'agit de l'outil PATHOS. Sa mise en œuvre relève du médecin coordonnateur de la structure et donne lieu à validation par le médecin conseil de l'assurance maladie.

L'introduction du nouvel outil de mesure sera réalisée progressivement.

Actions

Aujourd'hui, les médecins coordonnateurs ont été formés à l'utilisation du nouvel outil et les « coupes PATHOS » validées sont progressivement adressées aux services de la DDASS en vue d'une prise en considération dans le calcul de la dotation soins.

Conformément aux instructions nationales (DGAS et CNSA) l'objectif est que l'outil PATHOS soit systématiquement utilisé dès 2008 pour déterminer la dotation soins :

- des structures qui renouvellent leur convention tripartite,
- des structures dont le GMP est supérieur à 800.

L'intégration des résultats des coupes PATHOS validées dans le calcul des dotations soins des établissements devant renégocier leurs conventions se fera à partir de 2008.

Dans la mesure où la réglementation prévoit qu'aucun EHPAD ne peut voir sa dotation soins diminuer à l'occasion de l'introduction de la mesure PATHOS (effet « clapet »), la mise en place du nouvel outil se traduira par un renforcement de moyens pour certains établissements. La convention devra déterminer l'affectation de ces moyens nouveaux.

Modalité de mise en oeuvre

L'action sera mise en œuvre au gré des calendriers de renégociation des conventions et de manière prioritaire pour les établissements ayant un GMP supérieur à 800. L'introduction de l'outil PATHOS devrait être généralisée en EHPAD au plus tard en 2012.

Acteurs

- Le pilotage :

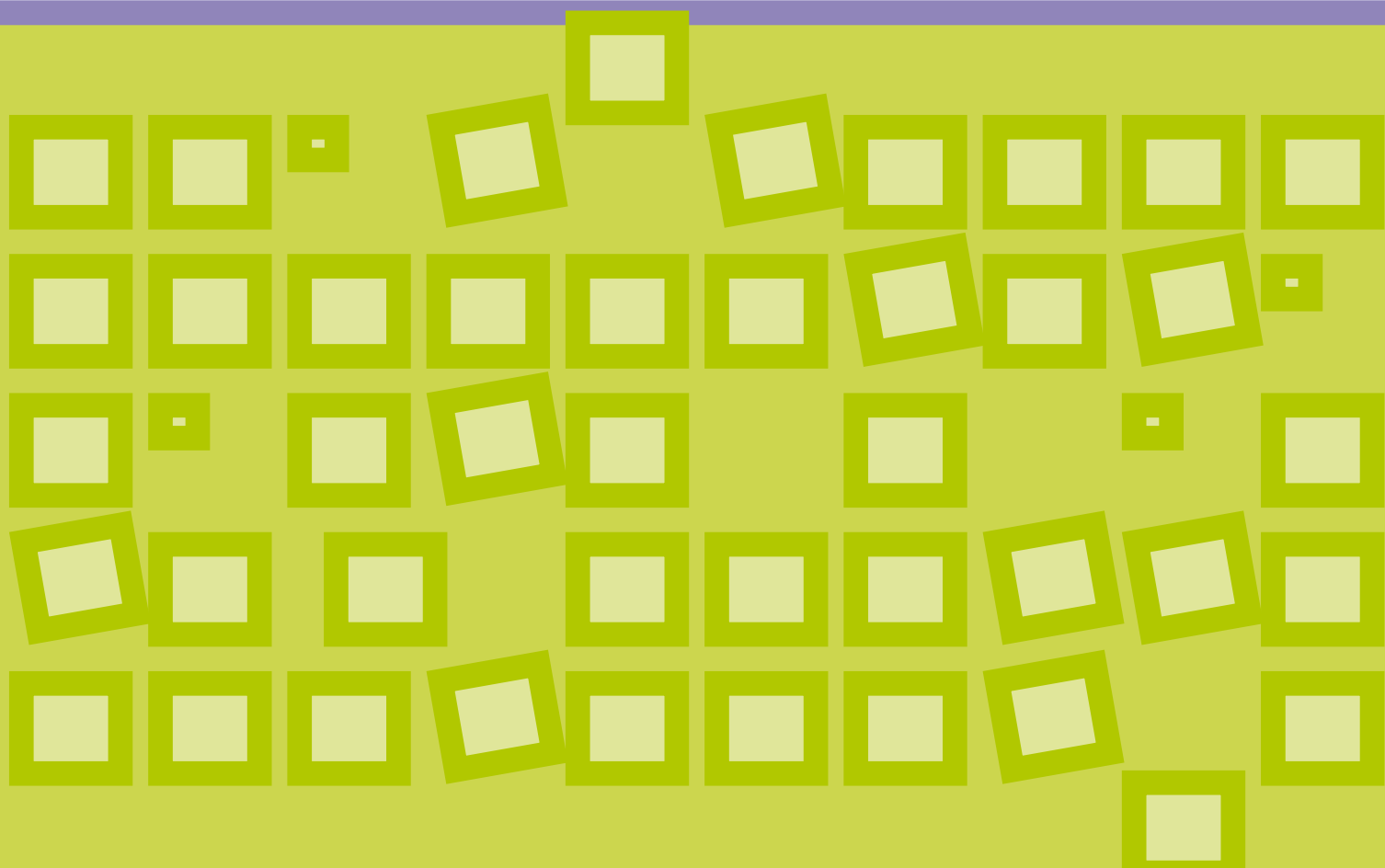
- DDASS (Préfet ou ARH) dans le cadre de la détermination de la dotation soins gestionnaire pour ce qui est de l'utilisation des moyens alloués.

- Les partenaires :

- médecin coordonnateur de l'EHPAD pour l'application,
- médecin conseil de l'échelon local du service médical (ELSM) pour la validation.

Le Département est partenaire de la démarche en tant que co-signataire de la convention tripartite.

ORIENTATION 5 : PROTÉGER LA PERSONNE ÂGÉE



Fiche Action n°23

Mettre en place les outils du Plan Départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance

Constat général

La DDASS et le Conseil général du Pas-de-Calais mènent depuis 1991 une action conjointe contre les situations de maltraitance, en établissement comme à domicile.

Sur le plan national, a été présenté officiellement à la presse le 14 mars 2007, le Plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance, qui prévoit dans sa seconde partie le renforcement de la lutte contre la maltraitance.

L'instruction ministérielle DGAS/2A/2007/112 du 22 mars 2007 précise, pour l'échelon départemental, les engagements suivants :

- la création d'une antenne ALMA,
- la désignation d'un référent DDASS chargé de la lutte contre la maltraitance,
- l'élaboration d'un protocole de signalement entre la DDASS et les établissements et services médico-sociaux,
- le doublement des inspections sur le terrain.

Le respect des directives du plan national passe par la mise en place des outils qui permettront aux acteurs institutionnels départementaux -DDASS et Conseil Général- de développer une efficace politique de lutte contre la maltraitance et de promouvoir la bienveillance.

Trois actions sont prévues :

- 1° - mettre en place le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance
- 2° - mettre en place le médiateur - conciliateur prévu dans la loi 2002 - 2
- 3° - examiner les conditions de mise en place d'une antenne ALMA dans le Pas-de-Calais (vers une régionalisation des appels).

ACTION 1 : METTRE EN PLACE LE COMITE DEPARTEMENTAL DE PREVENTION ET DE LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE

Constat

- Un dispositif de signalement a été présenté le 26 février 2008 à l'ensemble des responsables d'établissements et services médico-sociaux du département. Le

protocole et ses annexes ont été mis en ligne sur le site de la D.D.A.S.S. et devrait l'être prochainement sur le site du Conseil Général.

- Le dispositif de mise en place du comité départemental est actuellement en négociation. Ce comité doit associer différentes institutions telles que la Gendarmerie, le Procureur de la République, les services du Préfet, la D.S.V., la D.D.T.E.F.P., ...

Objectif de l'action

Assurer un suivi départemental des situations de maltraitance

Actions

- Mettre en place le comité départemental
- Concevoir les outils utiles à son fonctionnement

Méthodologie

Partenariat DDASS / CG + mobiliser l'ensemble des acteurs

Acteurs

- Le pilotage :

- DDASS
- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services

- Les partenaires :

- Gendarmerie
- Procureur de la République
- Services préfectoraux
- Direction des services vétérinaires (DSV)
- Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP)
- Fédérations d'établissements et services médico-sociaux
- Représentants d'utilisateurs

Moyens nécessaires

- obtenir l'aval de l'ensemble des partenaires
- travailler conjointement à la conception des différents outils

Modalités d'évaluation

- signature de la convention partenariale

- suivi effectif des situations de maltraitance
- réalisation et diffusion de statistiques
- amélioration du dispositif de prévention et de lutte contre la maltraitance
- diminution des plaintes et situations de maltraitance

ACTION 2 : METTRE EN PLACE LE MEDIATEUR - CONCILIATEUR PREVU DANS LA LOI 2002 - 2

Constat

Après la cellule interinstitutionnelle de gestion des plaintes et le comité départemental de prévention et de lutte contre la maltraitance, c'est le 3ème dispositif en cours de constitution.

Ce dispositif devrait aider les personnes accueillies dans les établissements mais également celles qui vivent à leur domicile, dans leurs démarches notamment auprès des prestataires (établissements ou services).

Objectif de l'action

Aider les personnes dans leurs démarches

Actions

- Définir les rôles et missions du médiateur – conciliateur
- Définir les modalités d'intervention du médiateur
- Définir le profil du médiateur

Acteurs

- Le pilotage :

- DDASS
- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services

- Les partenaires :

- CODERPA
- Etablissements médico-sociaux
- SAAD

Moyens nécessaires

Rémunération du médiateur

Modalités d'évaluation

Rapport d'activités annuel du médiateur
Diminution des plaintes

ACTION 3 : EXAMINER LES CONDITIONS DE MISE EN PLACE D'UNE ANTENNE ALMA DANS LE 62

Constat

Le Pas-de-Calais ne dispose d'aucun centre d'écoute. C'est l'antenne ALMA du département du Nord qui reçoit les appels en provenance du Pas-de-Calais. La permanence est assurée 2 fois par semaine et sur une plage horaire limitée.

L'absence de recensement au niveau départemental ne permet aucune visibilité sur les problèmes vécus dans le Pas de Calais, et encore moins territoire par territoire.

Les données statistiques dont nous disposons aujourd'hui sont nationales, et datent de 2006.

La volonté de mettre en place une antenne ALMA coïncide avec le lancement d'un numéro national unique contre la maltraitance : le 3977 : plateforme téléphonique nationale fonctionnant du lundi au vendredi de 9 h à 19 h et composée d'une équipe pluridisciplinaire chargée d'écouter, de soutenir et d'orienter les appelants. Cette antenne centralise les appels, prend les renseignements, oriente et transmet aux centres départementaux tout appel nécessitant une réponse de proximité.

Objectifs de l'action

Mettre en place un centre d'écoute et de résolution des problèmes, pour :

- proposer une écoute,
- créer les liens vers une cellule de diagnostic et une cellule de résolution des problèmes,
- recenser les problèmes par territoire.

Actions

- Rencontrer ALMA national,
- Rencontrer l'antenne ALMA 59, pour appréhender son organisation, les conditions de fonctionnement, les possibilités de mutualisation avec le Pas-de-Calais...
- repérer les liens entre l'antenne départementale et le dispositif de numéro national (3977),
- La création d'une antenne 62 nécessitera de :
 - Communiquer pour recenser des bénévoles,
 - Former ces derniers à l'écoute,
 - Créer un central téléphonique,
 - Créer une cellule diagnostic,
 - Créer une cellule résolution des problèmes.
- La perspective de régionaliser le traitement des appels laisse entrevoir une opérationnalité quasi immédiate du central d'écoute.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services
- DDASS
- Justice

- Direction partenaire :

- DPAHS – Service Pilotage et Développement

- Les partenaires :

- Caisses de retraite
- ALMA France
- ALMA 59
- URMEL
- Associations de tutelle
- CLIC
- Associations
- Juristes de la santé
- Gendarmerie
- Services de police
- Mairies
- Personnes qualifiées

Moyens nécessaires

- Communiquer avec CLIC, EHPAD, personnes qualifiées ...
- Définir une méthode de recueil des appels,
- Définir la composition de la cellule de diagnostics,
- Définir la composition de la cellule « résolution des problèmes »,
- Financement du partenariat avec ALMA Nord.

Modalités d'évaluation

- Nombre d'appels,
- Nombre de problèmes spécifiques,
- Action des cellules diagnostic,
- Action des cellules de résolution de problèmes,
- Diminution des appels sur certains problèmes spécifiques.

ORIENTATION 5 : PROTÉGER LA PERSONNE ÂGÉE

Objectif 25 : élaborer des procédures de recueil, d'évaluation et de traitement des informations préoccupantes concernant les personnes âgées vivant à domicile

Fiche Action n°24 Élaborer des procédures de traitement des situations de maltraitance à domicile

Constats

Le protocole de signalement des situations préoccupantes existe, il s'adresse à toutes les personnes, qu'elles vivent en institution comme à domicile. Mais l'instance qui va chapeauter le dispositif n'existe pas à ce jour (c'est le comité départemental), et les signalements ne font pas l'objet d'un même niveau de traitement selon les territoires, du fait d'un manque de lisibilité dans le positionnement des acteurs.

Certaines personnes âgées vivent des situations budgétaires difficiles et / ou des relations familiales conflictuelles ou défaillantes. Les services sociaux sont particulièrement démunis face à ces « dossiers » dont ils ne peuvent ni assurer la gestion, ni la déléguer. La situation est d'autant plus douloureuse que la personne âgée n'est pas toujours consciente de ses difficultés. Les données statistiques sont par ailleurs quasi inexistantes sur la maltraitance à domicile. Le département ne dispose pas d'antenne ALMA. C'est l'antenne du département du Nord qui reçoit les appels en provenance du Pas-de-Calais. Les acteurs sociaux institutionnels sont démunis face à une situation potentiellement génératrice de maltraitance ou face aux actes eux-mêmes : que faire ? Comment ? Qui contacter ?

La problématique de la gestion des situations difficiles à domicile fait l'objet d'une réflexion entre les services du Conseil Général et la CRAM.

Aucun plan d'action n'étant défini à ce jour, les déclinaisons d'action qui suivent n'ont qu'une valeur indicative.

Objectif de l'action

Centraliser et uniformiser sur l'ensemble des territoires le traitement et le suivi des signalements de cas de maltraitance présumée et avérée.

Actions

- Formaliser les procédures de gestion des signalements des cas de maltraitance présumée ou avérée (qui? fait quoi? comment? dans quels délais?..)
- Créer les supports utiles à la mise en œuvre de la procédure,
- Mettre en place ce circuit défini.

Méthodologie

Créer un groupe de travail sur la thématique

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS, Service Départemental de Santé

- Les Directions partenaires :

- DPAHS : Service Pilotage et Développement, Service Gestion des Etablissements et Services
- Direction du Développement Social, Service Social Départemental
- Les Maisons du Département Solidarité (Service Social Local, Service Local de Promotion de la Santé)

- Les partenaires :

- DDASS
- associations tutélaires
- CLIC
- accompagnateurs aux démarches administratives
- conseillers en économie sociale et familiale
- travailleurs sociaux
- aidants

Solliciter les points d'accès au droit, la HALDE, les structures de médiation familiale.

Moyens nécessaires

- identifier les acteurs concernés
- rédiger et valider les protocoles et procédures de traitement des situations

Modalités d'évaluation

- traitement effectif et satisfaisant des situations
- utilisation des outils
- satisfaction des professionnels de terrain

cf. fiche action n°17 pour l'accueil d'urgence

Fiche Action n°25

Accompagnement des personnels en établissements et services médico-sociaux

Constats

Le processus de conventionnement tripartite et la loi du 2 janvier 2002 ont permis de réaliser des progrès significatifs en matière de lutte contre la maltraitance et de prise en charge de la personne au sein des établissements. Le renouvellement des conventions tripartites, qui s'engage à partir de 2008, va donner un nouvel élan à cette lutte, par la mise en place d'outils tels que dispositif de repérage, protocoles de gestion des situations de maltraitance, dispositifs d'analyse des dysfonctionnements ...

En parallèle, force est de constater que le niveau de perte d'autonomie des résidents ne cesse d'augmenter, avec une entrée en établissement de plus en plus tardive et l'apparition de polyopathologies.

Les professionnels, qu'ils interviennent en établissement ou au domicile, doivent souvent faire face :

- à des conditions de travail dégradées (manque d'effectif, absentéisme, turn-over important ...),
- à l'agressivité / incompréhension des tiers et / ou de la personne âgée elle-même,
- au décès des personnes.

Ces conditions de travail difficiles entraînent un épuisement professionnel pouvant être source de maltraitance.

Objectif de l'action

- Permettre aux professionnels d'exprimer leurs difficultés, souffrances, pour les aider à se recentrer sur le bien être de la personne,
- Redonner du sens aux missions de chacun,
- Améliorer les conditions de travail.

Actions

- Inciter les établissements et services médico-sociaux, par le biais des CPOM, à ce que :
 - des réunions d'équipe régulières (pour transmettre et évacuer les différents problèmes) soient instaurées,
 - figurent dans le plan de formation des actions sur les spécificités du « prendre soins » en EHPAD, l'Alzheimer, formation de l'encadrement au management – promouvoir le concept « d'humanité » (technique de communication en utilisant les cinq sens),

- un dispositif de cellule de crise soit prévu en cas de maltraitance,
- des équipements et matériels spécifiques facilitant les conditions de travail soient en place.

- Evaluer la mise en place des actions énumérées ci-dessus.

- Favoriser le recrutement de psychologues au sein des établissements et inciter à la mutualisation de ces personnels entre établissements.

Méthodologie

Partenariat DDASS / CG + mobiliser l'ensemble des acteurs

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS - Service Gestion des Etablissements et Services
- DDASS

- Les partenaires :

- Personnels des EHPAD – SAAD – SSIAD
- Encadrants
- Organismes qualifiés

Moyens nécessaires

- seront négociés dans le cadre du conventionnement tripartite

Modalités d'évaluation

- Amélioration des conditions de prise en charge et des personnes, en établissement comme à domicile
- Diminution des situations de crise et de conflit

Fiche Action n°26

Promouvoir l'écoute et la communication avec la personne âgée et son entourage

Constats

La promotion de la bienveillance s'adresse non seulement à la personne âgée, mais également à sa famille, ses aidants et ses soignants.

La bienveillance se fonde sur les besoins que l'individu exprime consciemment ou inconsciemment, ce qui nécessite écoute et recueil de son avis.

Or, beaucoup d'avis, de décisions sont prises sans concertation ou sans écoute des intéressés, ce qui occasionne souffrance, conflit, non application des directives.

Un tiers décide souvent à la place de la personne âgée ou de la famille ou de l'aidant ou du soignant, sans consentement ou assentiment, occasionnant donc souffrance, révolte ou renoncement de la personne âgée.

Cette absence de communication et de concertation provoque souvent une certaine culpabilité également chez le tiers (parent ou ami), qui se traduit différemment selon les personnes : absence auprès de la personne âgée, ou révolte, maltraitance sur la personne âgée, griefs aux soignants).

Objectif de l'action

Favoriser l'écoute de l'autre : personne âgée, famille, aidants, soignants.

Méthodologie

- Inciter les établissements et services médico-sociaux, par le biais des CPOM, à :

- concevoir des outils de communication avec la personne âgée, en particulier quand elle est démente,
- communiquer régulièrement sur les valeurs et objectifs de l'établissement, du service,
- former les personnels, les aidants et les familles aux techniques de communication en utilisant les 5 sens,
- construire les outils nécessaires au recueil de l'histoire de vie de la personne âgée, ses goûts, ses habitudes, ses besoins,
- favoriser un temps et un espace de discussion avant toute prise de décision concernant la personne

âgée ou sa famille ou ses aidants ou soignants (projet de vie, protocoles, etc...),

- associer la personne âgée à la prise de décision notamment par le biais du conseil de la vie sociale.

- Veiller à la mise en œuvre de ces objectifs lors de l'évaluation des CPOM.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général : DPAHS -Service Gestion des Etablissements et Services
- DDASS

- Les partenaires :

- la personne âgée,
- la famille,
- l'aidant,
- le médecin traitant,
- les acteurs médico-sociaux : EHPAD – SAAD - SSIAD,
- les CLIC,
- les CCAS,
- l'URMEL et son réseau,
- les partenaires locaux,
- différentes associations (ex : Pas-de-Calais Alzheimer, MEOTIS).

Moyens nécessaires

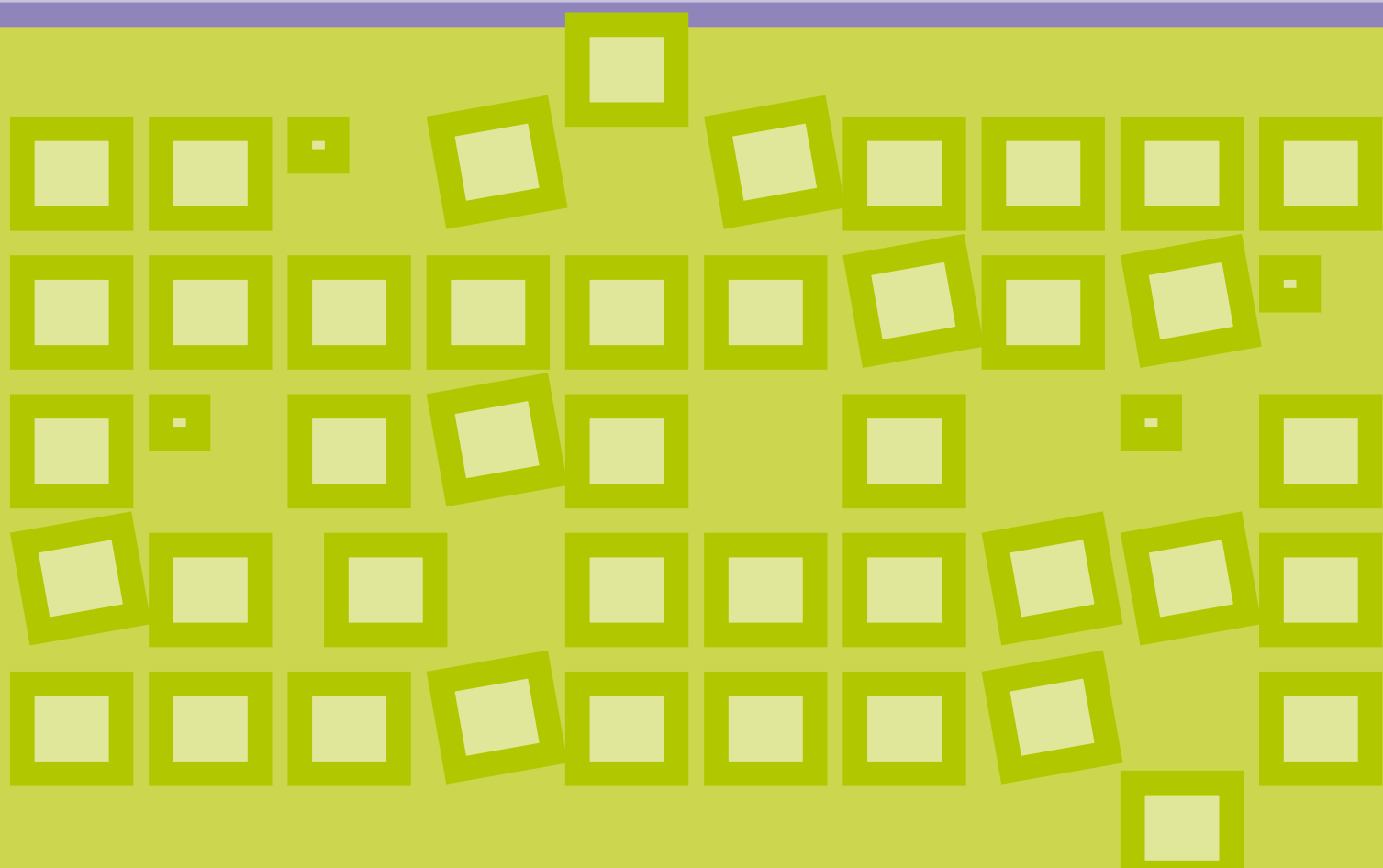
- seront négociés dans le cadre du conventionnement tripartite et des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Modalités d'évaluation

- diminution des appels non traités au sein des institutions,
- diminution des conflits internes entre résidents et familles, des conflits familles/ EHPAD (soignants),
- diminution des plaintes enregistrées au niveau de la DDASS.

ORIENTATION 6 :

ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES



ORIENTATION 6 : ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES

Objectif 27 : coordonner les dispositifs autour de la personne à l'échelle des territoires

Fiche Action n°27 Améliorer le dispositif CLIC sur chaque territoire

Diagnostic de l'existant

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré la responsabilité des CLIC aux Départements à compter du 1er Janvier 2005.

Ce jour, neuf CLIC existent dans le Pas-de-Calais, calqués géographiquement sur les Territoires de l'Audomarois, l'Arrageois, l'Artois, le Boulonnais, le Calaisis, le Territoire d'Hénin-Carvin, le Territoire de la Communauté Lens-Liévin, le Ternois, le Montreuillois.

L'ouverture du CLIC du Montreuillois en avril 2008 achève le maillage total de notre Département.

Il existe à ce jour des différences notables dans le fonctionnement et les missions réalisées par les CLIC.

En mai 2007, les élus du département du Pas de Calais ont souhaité donner un nouvel élan au fonctionnement des CLIC en arrêtant les principes de travail suivants :

- La désignation d'un ou plusieurs référents élus et techniciens pour participer aux instances de pilotage de chaque CLIC,
- L'inscription du développement des missions des CLIC dans la **démarche de contractualisation avec les EPCI**,
- **L'élaboration d'un cahier des charges** reprenant :
 - les engagements liés aux missions,
 - le développement des réseaux avec l'ensemble des partenaires,
 - les modalités de participation des élus et des techniciens aux instances de fonctionnement,
 - les moyens liés au fonctionnement,
- **Une contractualisation** interne à chaque territoire,
- **Un pilotage départemental du dispositif CLIC.**

Objectif de l'action

Garantir la mise en œuvre des missions de base des CLIC sur tous les territoires du Pas de Calais.

Le développement des missions des CLIC sera facilité grâce à la formalisation de leur mode d'intervention (cahier des charges) et à un accompagnement / suivi régulier de leur activité (participations aux instances de pilotage du CLIC, contractualisation).

Actions

- Rédiger un **cahier des charges commun** à l'ensemble des CLIC du Pas de Calais permettant de stabiliser le socle des missions de ces structures.

La contractualisation sur le dossier des CLIC consiste en la rédaction d'un **Contrat d'Objectifs et de Moyens** propre à chacun des 9 CLIC s'appuyant notamment sur un diagnostic de la situation gérontologique du territoire.

- Mettre en place un dispositif de pilotage départemental des CLIC.

- Animer un réseau départemental des CLIC.

Méthode de mise en œuvre

Afin d'inscrire les initiatives et fonctionnement locaux dans les orientations générales du dispositif départemental, elles mêmes définies en concertation avec les principales institutions et financeurs du secteur dans le cadre de la réécriture du schéma gérontologique, une organisation à deux niveaux est proposée.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général - DPAHS, Service Pilotage et Développement

- Un Comité de Pilotage départemental :

Formé de :

- conseillers Généraux de la Commission des affaires sociales
- principaux financeurs départementaux : CRAM, MSA, EPCI
- du représentant de l'Association des Maires
- du représentant de l'UDCCAS

- du représentant du CODERPA
 - des représentants de la DDASS et de l'ARH
 - des Présidents des CLIC ou leurs représentants
- Il se réunit au moins une fois par an ; Il est chargé du pilotage du dispositif CLIC dans le Pas-de-Calais. C'est lui qui validera le contenu du cahier des charges des missions des CLIC.

- Neuf Conseils d'Orientation et de Suivi Territorial :

Le Conseil d'administration du CLIC comprendra impérativement :

- 2 Conseillers Généraux du Territoire et 2 suppléants,
- le Directeur de la Maison du Département Solidarité ou son représentant,
- le Chef de Service Local de la Promotion de la Santé ou son représentant,
- le représentant de la DDASS,
- 2 représentants des élus municipaux et communautaires du territoire et 2 suppléants,
- les représentants des financeurs : MSA, CRAM, EPCI,
- le représentant des CCAS du territoires,
- les représentants des usagers,
- les représentants du domaine sanitaire (directeurs des hôpitaux locaux public/ privé).

Il se constituera au moins une fois par an en Conseil d'Orientation et de suivi territorial, qui aura pour but de :

- favoriser le développement de la coopération entre les partenaires sur le plan local, dans le respect des orientations départementales, en y intégrant les particularités propres à chaque territoire,
- valider les projets avant lancement,
- suivre la réalisation du contrat d'objectifs et de moyens,
- représenter le territoire au Comité de Pilotage Départemental du dispositif CLIC

Un **Contrat d'objectif et de moyens** (COM) est conclu avec chacun des CLIC. Son contenu est le suivant :

- Il rappelle les orientations départementales en matière de coordination gérontologique dans lesquelles le CLIC doit désormais s'inscrire ; il décrit le projet de service du CLIC et ses modalités de fonctionnement.
- Après une analyse des écarts entre cahier des charges des CLIC nouvellement défini et le fonctionnement actuel du CLIC, tout en prenant en compte les objectifs territoriaux, le COM définit d'une part, un certain nombre d'objectifs à atteindre au cours de la durée du contrat

(4 ans) pour répondre au cahier des charges, et d'autre part, les actions à mettre en œuvre pour y parvenir. Ce document prévoit également les moyens humains et matériel, nécessaires pour réaliser ces actions. Enfin, les modalités de suivi et d'évaluation du COM font l'objet d'un chapitre.

Moyens nécessaires

Mobilisation des moyens de suivi et d'évaluation présents dans les administrations et les CLIC.

Modalités d'évaluation

- Mise à jour annuelle du projet gérontologique de territoire et évaluation des avancées réalisées en terme de coordination gérontologique autour des situations individuelles des personnes âgées.
- Réunions du comité de pilotage du dispositif CLIC.
- Bilan annuel de l'état d'avancement de la contractualisation des CLIC.

ORIENTATION 6 : ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES

Objectif 23 : la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Objectif 27 : coordonner les dispositifs autour de la personne à l'échelle des territoires

Fiche Action n°28 Expérimenter la labellisation des MAIA

Diagnostic de l'existant

Le Plan Alzheimer rendu public au début du mois de février 2008 offre des perspectives nouvelles pour l'amélioration de la coordination gérontologique autour des cas individuels complexes.

En effet, le plan national entend expérimenter (dès 2008) et généraliser (dès 2010) un dispositif de coordination gérontologique des prises en charge, à destination des personnes malades de l'Alzheimer dans un premier temps, et qui a vocation à concerner à terme l'ensemble des personnes en situation de dépendance.

Ce dispositif sera mis en œuvre autour de deux concepts nouveaux :

- la mise en place au niveau départemental d'une MAIA (Maison pour l'Intégration et l'Autonomie des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer) à partir des dispositifs existants : CLIC, MDPH, réseaux de soins. Sa fonction étant l'accueil, l'information et l'orientation et le soutien des malades et de leurs proches ;

- l'installation, dans le cadre de ces MAIA, de coordonnateurs, véritables gestionnaires de cas (concept anglo-saxon du « case manager »), dont l'unique mission sera de coordonner les interventions de tous les acteurs (sociaux, médico-sociaux, et sanitaires) en vue de répondre au mieux et de manière évolutive aux besoins de prise en charge des personnes âgées malades Alzheimer.

Le plan national étant chiffré et phasé de 2008 à 2012, ce sont 1000 coordonnateurs qui seront installés sur cette période (dont probablement entre 20 et 30 dans le Pas-de-Calais).

Les Départements seront responsables de la structuration de ces lieux uniques avec le soutien des A.R.S.

C'est une réelle opportunité pour le Département, c'est pourquoi le Pas-de-Calais a pris rang pour être un département pilote dans l'expérimentation des MAIA. Trois projets ont été déposés et le projet du territoire du Montreuillois figure parmi les 17 projets retenus par la CNSA sur le plan national. Celui-ci est en fait un projet de « Maison de l'Autonomie » destiné aux publics âgés ou handicapés.

Au-delà de la large réflexion engagée sur ce sujet, le département du Pas-de-Calais peut se prévaloir d'un certain nombre d'«atouts» pour prétendre au titre de territoire expérimental : une prévalence très précoce et forte de la dépendance, un réseau MEOTIS fortement structuré et reconnu, la mise en place en janvier 2008 à Lille d'un diplôme universitaire de gérontologie à destination principale des infirmiers qui pourrait constituer un vivier pour recruter les futurs coordonnateurs des MAIA.

Objectif de l'action

Cette labellisation MAIA doit permettre d'aller plus loin dans le développement de l'accompagnement de la personne en perte d'autonomie : d'une part, mieux être identifié comme lieu privilégié d'accueil et d'écoute des situations complexes de personnes âgées, d'autre part, accroître ses compétences en coordination des intervenants (du médico-social et du sanitaire) autour de la personne âgée.

Ces deux éléments sont de nature à garantir une réponse plus pertinente aux besoins de la personne âgée, contribuant ainsi à améliorer sa qualité de vie et à soulager son entourage.

Actions

- Positionner le département du Pas-de-Calais comme terrain d'expérimentation des MAIA.

- Mettre en œuvre l'expérimentation sur le territoire de Montreuil.

- Grâce à son suivi régulier, capitaliser les enseignements de l'expérimentation afin d'envisager son élargissement.

Ce travail de labellisation doit s'envisager en concertation étroite avec le réseau régional de la mémoire du Nord Pas-de-Calais MEOTIS.

Méthode de mise en œuvre

Compte tenu de la complexité et de l'importance des enjeux de la démarche, il est proposé de constituer

un groupe de travail inter-institutions sur le sujet. Celui-ci aura pour fonction de construire et valider la méthodologie de travail et d'en suivre la progression. Ce groupe de suivi technique de la démarche sera également le garant de l'évaluation de l'expérimentation du dispositif dans le Pas-de-Calais. Il rendra compte régulièrement de l'avancée de l'expérimentation au Comité de pilotage départemental des CLIC.

présents dans les administrations et le CLIC.

Modalités d'évaluation

Les outils d'évaluation de l'expérimentation seront définis par le groupe de suivi technique.

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général, DPAHS - Service Pilotage et Développement, MDS de Montreuil
- MDPH
- DDASS

- Les directions partenaires :

- DPAHS- Service Départementale de Santé
- DDS- Service du Développement Social

Ce groupe de suivi de l'expérimentation est formé de représentants de :

- Conseil Général
- Réseau régional de la mémoire MEOTIS
- A.R.H, DDASS
- CLIC
- Caisses de retraite
- CNSA
- CODERPA
- Etablissements et services médico-sociaux
- CCAS
- Réseaux de santé
- Etablissements sanitaires et consultations mémoire
- Services tutélaires
- Représentants des professionnels libéraux
- URIOPSS...

Moyens nécessaires

Le Plan Alzheimer prévoit le financement d'expérimentations locales (4,6 M€ / an entre 2008 et 2009) ainsi que la constitution d'équipe projet (CNSA, DGS, DGAS) chargée d'apporter un soutien méthodologique à la démarche.

Mobilisation des moyens de suivi et d'évaluation

ORIENTATION 6 : ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES

Objectif 28 : faire converger l'ensemble des dispositifs au service du maintien de l'autonomie (personnes âgées et handicapées)

Fiche Action n°29

La mise en oeuvre d'un réseau des lieux d'accueil d'information et d'orientation des publics PA et PH

Diagnostic de l'existant

- Existence sur les territoires d'une pluralité de lieux/ guichets repérés pour répondre aux personnes âgées et aux personnes handicapées ayant des missions communes comme l'accueil, l'écoute, l'information et l'orientation des publics :

⇒ Les référents M.D.P.H : présents sur les 9 territoires depuis 2007, ils apportent une réponse de proximité et spécialisée aux personnes handicapées et à leur familles sur les prestations de compensation et possibilités d'accompagnement.

⇒ Les Maisons du Département Solidarité sont nées en 2005 de la volonté de territorialisation des politiques départementales. Au nombre de 9, elles regroupent l'ensemble des services de la Solidarité du Département ayant une mission d'accueil et d'orientation pour tous les publics. Elles disposent d'équipe médico-sociales chargées d'évaluer et d'établir les plans d'aide pour la P.C.H et l'A.P.A. au domicile des personnes.

⇒ Les CLIC : souvent nés d'instances de coordination locales et désormais en fonctionnement sur les 9 territoires (un par territoire), les CLIC sont principalement tournés vers le public âgé et leurs missions sont les suivantes : accueil et information, lieu ressources pour les professionnels, animation gérontologique, participation à l'évaluation des besoins, élaboration des plans d'accompagnement.

⇒ Les C.C.A.S : lieux d'accueil et d'information de proximité, ils sont bien identifiés par tous les usagers.

- Existence de ruptures dans les parcours individuels (dus au cloisonnement et à une mauvaise connaissance des lieux), malgré un contexte de convergence personnes âgées/personnes handicapées.

- Difficulté de lisibilité et d'accessibilité pour l'utilisateur.

- Manque d'articulation entre les différents guichets d'accueil ou d'information placés sous des autorités différentes.

- Rationalisation à parfaire dans un objectif de réduction des coûts.

Objectif de l'action

Mettre en réseau les acteurs porteurs de lieux d'accueil, à travers un cahier des charges commun de l'accueil et de l'orientation des personnes âgées et des personnes handicapées, de manière à offrir un service identique et de qualité à tous quel que soit le point d'entrée dans le réseau. Cette mise en lien doit permettre d'améliorer la lisibilité et l'accessibilité pour le public des différents lieux et harmoniser les pratiques.

Ce réseau devra être animé à l'échelle du territoire pour assurer son développement et sa pérennité.

Sous objectifs :

- Améliorer l'articulation et la communication entre ces différents lieux
- Rationaliser les actions dans le but de réduire les coûts des différents partenaires
- Faire connaître le réseau au grand public

Cette mise en réseau des lieux d'accueil et notamment le rapprochement entre les CLIC et la MDPH pourrait être propice à l'expérimentation de la mise en oeuvre des Maisons Départementales pour l'Autonomie dans le Pas-de-Calais.

Actions

- Recenser les différents lieux et analyser de manière comparée les différents cahiers des charges (s'ils existent) et évaluer leur fonctionnement,

- Concevoir un cahier des charges de l'accueil des personnes âgées et des personnes handicapées commun et définir pour chaque territoire les règles de travail entre instances (guichet de premier accueil, renvoi sur un lieu spécialisé pour les questions plus pointues, identification d'une tête de réseau,...).

Méthode de mise en œuvre

Il est possible d'envisager une double approche :

- territoriale : à l'échelle de tout un territoire, mettre ces lieux en réseau.
- thématique : modélisation sur l'aide à apporter aux personnes âgées et handicapées concernant les aides techniques et l'aménagement du domicile à partir de l'expérience acquise par la M.D.P.H (cf. fonds départemental de compensation qui remplace le Site pour la Vie Autonome).

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général, DPAHS - Service Pilotage et Développement

- Les directions partenaires :

- MDS
- MDPH

- Les partenaires :

- Ensemble des professionnels et services concernés par la problématique du réseau :
- Animateurs de lieux d'accueil d'information et d'orientation
- Utilisateurs du réseau : travailleurs et services sociaux, usagers.

Moyens nécessaires

- Recherche d'un appui méthodologique extérieur pour :
 - aider à la définition des objectifs opérationnels, de la méthode de travail et des modalités d'évaluation,
 - accompagner la conduite du projet.
- Financement à demander à la CNSA (titre V).

Modalités d'évaluation

- Suivre la mise en réseau des lieux d'accueil à l'échelle des territoires : création effective de cahiers des charges de l'accueil, conception de protocole de travail entre les guichets, évaluation de l'évolution des pratiques .
- Enquête de satisfaction à deux niveaux (auprès des usagers et des professionnels utilisant le réseau).

ORIENTATION 6 : ORGANISER LES DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES

Objectif 28 : faire converger l'ensemble des dispositifs au service du maintien de l'autonomie (personnes âgées et handicapées)

Fiche Action n°30

Décloisonner les pratiques personnes âgées / personnes handicapées

Objectif 2 : Mettre en œuvre la convergence des politiques et des dispositifs de soutien à l'autonomie (Personnes handicapées, Personnes âgées)

Diagnostic de l'existant

- Il existe une pluralité de savoir-faire et de modalités de réponse dans le champs gérontologique comme dans celui du handicap.

A ce jour, les liens qui sont créés entre les professionnels des deux secteurs demeurent à la marge et principalement de manière informelle. Ce manque d'ouverture sur l'extérieur produit des réponses isolées et ne permet pas l'utilisation complémentaire des savoir-faire.

Or, même s'il demeure des spécificités propres à l'accompagnement de ces deux publics, il existe des thèmes transversaux à traiter de manière commune : Exercice de la citoyenneté, accessibilité, soutien au domicile, aide aux aidants, organisation des réponses sur les territoires,...

- la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, dans son article 13, pose le principe de convergence en annonçant la suppression de la barrière des âges pour les plus de 60 ans afin de permettre l'accès à la prestation de compensation du handicap (PCH) à partir de 2010 qui viendrait vraisemblablement remplacer l'A.P.A. Dans ces conditions, le Département va devoir rapidement intégrer ce changement de fond et mettre en place des structures de travail communes entre les deux secteurs.

Objectif de l'action

- Mise en œuvre d'échanges réciproques de savoir-faire et de pratiques en vue de préparer la convergence prévue en 2010.

- Développement de projets collectifs, de commissions de travail permanentes sur le sujet.

Actions

- Repérage de thématiques favorables à la coopération entre les secteurs et priorisation des thèmes.

- Regroupement d'acteurs, de prestataires de services des deux secteurs travaillant dans un même mode d'accompagnement (par exemple l'accueil temporaire) ou oeuvrant sur un même territoire.

- Recherche, développement, voire mise en place de dispositifs tous publics (formations et groupe de paroles aux aidants familiaux...).

- Rapprochement voir mise en commun d'outils pour l'évaluation de la perte d'autonomie et l'élaboration des plans d'aide individualisés :

Viser l'enrichissement réciproque des méthodes en favorisant la mise en place d'une méthodologie multidimensionnelle et multidisciplinaire d'évaluation des besoins et de la situation des personnes en manque ou en perte d'autonomie.

Définir ce qui pourrait constituer un tronc commun à formaliser en référentiel.

Méthode de mise en œuvre (phasage)

Ce travail peut être envisagé à un niveau conceptuel (journée d'échange, de formation, commission de réflexion,...) et à niveau plus opérationnel notamment à l'échelle des territoires (regroupement d'acteurs, mise en commun de dispositifs et d'actions,...).

Acteurs

- Le pilotage :

- Conseil Général, DPAHS - Service Pilotage et Développement

- Les directions partenaires :

- MDS

- Les partenaires :

- DDASS

- MDPH
- Professionnels des établissements et du domicile (y compris accueillants familiaux)
- Professionnels des réseaux et centres ressources (CLIC, centres ressources autisme, Alzheimer...)
- Aidants naturels
- Organismes de formation

Moyens nécessaires

Moyens financiers à solliciter auprès de :

- FSE (axe N° 1 et N° 4)
- CNSA (titre V)
- Conseil Régional

Modalités d'évaluation

- Nombre d'actions, de formations et de séances d'échanges mises en place
- Nombre de personnels et de structures concernées
- Création d'outils communs entre les acteurs des deux secteurs.

CHAPITRE 5

LES DIAGNOSTICS GÉRONTOLOGIQUES DES TERRITOIRES



I – Le diagnostic gérontologique de territoire : par qui, pourquoi, comment ?

1) Une volonté politique forte : la territorialisation

Depuis 2003, afin de rapprocher les services des publics concernés, le Département du Pas-de-Calais s'est engagé dans une **démarche de territorialisation de ses politiques** et de ses actions en structurant son fonctionnement à partir de **9 territoires**.

Le schéma départemental en faveur des personnes âgées dit de «3^e génération» **intègre cette volonté politique forte**.

La logique de déclinaison locale des politiques en faveur des publics âgés s'est dans un premier temps, inscrite dans la démarche d'écriture du schéma, par la constitution de **groupes de diagnostics territoriaux**.

2) 9 groupes de diagnostics territoriaux

Au nombre de 9 - un groupe de diagnostic par territoire - ces groupes de diagnostics territoriaux ont eu pour mission d'établir, de manière concertée et partagée, le diagnostic de la situation gérontologique de son territoire, au travers de l'analyse des besoins des personnes âgées et de l'évaluation de l'offre de service existante et de la coordination des acteurs.

La deuxième phase du travail visait à cibler les problématiques et à définir des pistes de travail.

Ils se sont réunis d'octobre 2007 à juillet 2008 sur chacun des territoires sous la présidence des Présidents des Commissions Locales d'APA et sous le pilotage des Directeurs des Maisons du Département Solidarité. Chaque cycle de 3 réunions au minimum a permis de réunir à chaque fois entre 20 et 35 participants (un élu départemental, des techniciens du Conseil Général, de la DDASS, des directeurs d'établissements et services d'aide à domicile, des experts techniques, des représentants du CLIC local, des représentants d'institutions locales...).

3) 7 thématiques de travail

7 thématiques centrales ont permis de structurer leur travail :

- la coordination gérontologique
- le soutien à domicile
- la diversification et la structuration de l'offre résidentielle
- l'offre d'accueil médico-social
- le soutien à la citoyenneté et la prévention de la perte d'autonomie
- l'accès aux soins
- de la prévention de la maltraitance à la promotion de la bientraitance.

4) Un document de travail : le diagnostic gérontologique de territoire

Ce document présente le travail réalisé grâce à la contribution de l'ensemble des partenaires. Il comporte 4 parties :

- des données générales relatives à la population du Pas-de-Calais et du territoire,
- une description par thématique des éléments de diagnostic et des préconisations,
- une synthèse du diagnostic territorial,
- la synthèse des synthèses des 9 diagnostics territoriaux.

5) Prochaine étape : la définition des projets gérontologiques de territoire

Chaque projet gérontologique de territoire sera établi à partir d'une part, des grandes orientations stratégiques du schéma et d'autre part, des axes de travail prioritaires pour le territoire repérés lors de la rédaction du diagnostic territorial.

II – Bilan et analyses prospectives

A la lecture des 9 diagnostics territoriaux, des points de convergence apparaissent clairement entre les différents territoires, sur les axes d'amélioration à développer d'ici à 2012.

Les axes d'amélioration communs à l'ensemble des territoires

Les axes d'amélioration formulés unanimement par l'ensemble des territoires sont au nombre de 6 :

- **Développer les compétences du CLIC** en matière d'information et de coordination, d'animation de réseau de prévention et son rôle d'observatoire,
- **Développer l'information à destination des personnes âgées :**
 - Conditions d'admission à l'Aide Sociale,
 - Droit des personnes âgées,
 - Les structures existantes,
 - Les différents intervenants à domicile,
 - La maltraitance,
 - Missions du CLIC,
 - ...
- **Développer le travail en réseau et optimiser la collaboration entre les différents intervenants** (CLIC, MDS, CCAS, SAAD, SSIAD, HAD, Etablissement...), par la mise en place par exemple de réunions de concertation, d'une charte de bonnes échanges et de bonnes conduites, d'un cahier de liaison commun, ...,
- **Développer et pérenniser les services de transport accompagné** pour lutter contre l'isolement de la personne âgée,
- **Développer l'accueil de jour,**
- **Développer le soutien aux professionnels et aux aidants** afin de lutter contre la maltraitance et promouvoir la bientraitance, par la mise en place par exemple de groupe de parole.

Le recouplement des idées autour des 6 thématiques centrales permet une autre approche :

1. Développer une politique gérontologique concertée et cohérente

De manière générale, les axes prioritaires communs à l'ensemble des territoires sont au nombre de trois, à savoir :

- Développer les compétences du CLIC en matière d'information et de coordination, d'animation de réseau de prévention et son rôle d'observatoire,
- Améliorer la coordination entre les acteurs et les structures et développer le travail en réseau à l'échelle des territoires (CLIC, MDS, Mairie, SAAD, SSIAD, HAD, Hôpital, CCAS....),
- Développer l'information à destination des personnes âgées :
 - Conditions d'admission à l'Aide Sociale,
 - Droit des personnes âgées,
 - Les structures existantes,
 - Les différents intervenants à domicile,
 - La maltraitance,
 - Missions du CLIC,
 - ...

Sur les **territoires de l'Audomarois et de l'Artois**, deux axes complémentaires sont ajoutés :

- Créer un comité de suivi départemental du schéma,
- Créer un observatoire des besoins des personnes âgées et de l'offre d'accueil,

Sur les territoires du **Ternois, Henin-Carvin et Lens-Liévin**, une idée commune émerge, celle de développer une gestion informatisée, centralisée et harmonisée des listes d'attente en établissement.

Enfin, sur le **territoire du Montreuillois**, apparaît la volonté de poursuivre la mise en œuvre du CLIC.

2. Soutenir la vie a domicile des personnes âgées

En matière de **soutien à domicile** des personnes, les deux axes de travail qui se détachent **majoritairement** sur l'ensemble des territoires sont :

➔ Développer le travail en réseau et optimiser la collaboration entre les différents intervenants (SAAD, SSIAD, HAD, Etablissement...), par la mise en place par exemple d'une charte de bonnes échanges et de bonnes conduites, mise en place d'un cahier de liaison commun, réunion de concertation...

➔ Développer et pérenniser les services de transport accompagné pour lutter contre l'isolement de la personne âgée

Trois idées complémentaires énoncées chacune par trois territoires apparaissent :

➔ Améliorer le système d'instruction APA, le suivi et l'évaluation des plans d'aide et renforcer le partenariat entre les services du CG gérant l'APA et les professionnels intervenants chez les personnes âgées (**Montreuillois, Arrageois, Boulonnais**)

➔ Développer et structurer la démarche qualité dans les services d'aide à la personne (**Ternois, Audomarois, Calaisis**)

➔ Professionnaliser les intervenants dans les services d'aide à la personne (**Boulonnais, Lens-Liévin, Calaisis**)

3. Favoriser la citoyenneté et la prévention de la perte d'autonomie

En matière de citoyenneté de la personne âgée, aucune orientation n'est citée de façon commune sur l'ensemble des territoires, il s'agit plutôt d'orientations propres à chaque territoire, par exemple :

- Hénin-Carvin : Développer le conseil municipal des aînés
- Montreuillois : Impliquer les clubs des aînés dans la prévention
- Audomarois, Calais : Développer les rencontres intergénérationnelles
- Audomarois, Artois : Développer les ateliers mémoire
- Audomarois, Artois, Ternois : Développer les NTIC
- Audomarois, Artois : Développer les services de portage à domicile
- Artois : Développer les séances de préparation à la retraite

4. Offrir des possibilités d'accueil résidentiel diversifiées et adaptées à la perte d'autonomie

Concernant l'offre d'accueil, l'**axe d'amélioration cité unanimement** est le développement de l'accueil de jour. Sur les territoires du **Montreuillois, de l'Audomarois, de Lens-Liévin et du Calaisis**, on relève la volonté de créer des structures alternatives à l'hébergement des personnes âgées (Résidence services, béguinages...)

Sur les territoires de l'**Arrageois, de l'Audomarois, de l'Artois, du Calaisis**, l'idée commune proposée est de développer l'accueil familial.

Dans les secteurs d'**Hénin-Carvin, de l'Audomarois, du Boulonnais, et sur le territoire de Lens-Liévin**, la volonté est d'adapter le bâti aux personnes âgées dépendantes.

Autre priorité remontée par les territoires de l'**Audomarois, de l'Artois, de Lens-Liévin**, celle de créer des places médico-sociales.

Sur le **Ternois**, on note enfin la volonté de développer le concept de bâtiment intelligent pour le maintien à domicile par la domotique.

Et sur **Hénin-Carvin**, le souhait de créer un label de logement non institutionnel.

5. Adapter l'organisation des soins aux besoins spécifiques des personnes âgées

Sur les trois territoires, **Montreuillois, Audomarois, Boulonnais**, l'orientation commune est de renforcer les équipes hospitalières HAD.

Sur la **CommunAupôle de Lens-Liévin**, il s'agit de faire connaître la filière gériatrique aux généralistes.

6. De la prévention de la maltraitance à la promotion de la bientraitance

Unaniment, afin de lutter contre la maltraitance et pour promouvoir la bientraitance, l'axe d'amélioration proposé sur l'ensemble des territoires est de :

→ Développer le soutien aux professionnels, aux aidants

D'autres orientations sont par ailleurs prises sur chaque territoire comme :

→ Répondre aux problèmes des situations de maltraitance (**Arrageois**)

→ Création d'un comité de la bientraitance (**Audomarois**)

→ Mettre en place une permanence d'écoute (**Lens-Liévin**).

GLOSSAIRE



Glossaire

A

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACTP	Allocation Compensatrice pour Tierce Personne
ADMR	Aide à Domicile en Milieu Rural
AD-PA	Association des Directeurs au service des Personnes Agées
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (grille d'évaluation)
ALGI	Association pour le logement des grands infirmes
ALMA	Allo Maltraitance des personnes Âgées
ANAH	Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat
ANDASS	Annuaire National des Directeurs d'Action Sociale et de Santé des Conseils Généraux
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements sociaux et médico-sociaux
ANRU	Agence Nationale de Rénovation Urbaine
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé (ex ARH)
AS	Assistante Sociale
ASV	Allocation Supplémentaire du minimum Vieillesse
AVC	Accident Vasculaire Cérébral

C

CAHC	Communauté d'Agglomération d'Hénin Carvin
CALL	Communauté d'Agglomération de Lens Liévin
CAL-PACT	Centre d'Amélioration du Logement – Protection, Amélioration, Conservation, Transformation
CAMA	Comité Alzheimer et Maladies Apparentées
CARMI	Caisses Régionales de la sécurité sociale dans les Mines
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCDSA	Commission Consultative Départementale de Sécurité et d'Accessibilité
CCI	Chambre de Commerce et d'Industrie
CDCPH	Conseil Départemental Consultatif des Personnes Handicapées
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAVTS	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
CNSA	Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie
CODERPA	Comités Départementaux des Retraités et Personnes Agées
COM	Contrat d'Objectifs et de Moyens
COPIL	Comité de Pilotage
CP	Commission Permanente
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREAI	Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Handicapées
CREDOC	Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Consommateurs
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico -Sociale
CSG	Court Séjour Gériatrique

D

DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDE	Direction Départementale de l'Equipelement
DDS	Direction du Développement Social
DDTEFP	Direction Départementale du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DGAS	Direction Générale de l'Action Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé

Glossaire

DGUHC	Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction
DIRDOM	Association Nationale des Directeurs de Services aux Personnes
DPAHS	Direction des Personnes âgées, des Personnes Handicapées et de la Santé
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSV	Direction des Services Vétérinaires

E

ELSM	Echelon Local du Service Médical
EMG	Equipe Mobile de Gériatrie
EMS	Etablissement Médico Social
EMSP	Equipe Mobile de Soins Palliatifs
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
ERP	Etablissement Recevant du Public
ETP	Equivalent Temps Plein

F- G

FEHAP	Fédérations des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
FHF	Fédération Hospitalière de France
FNAU	Fédération Nationale des Agences d'Urbanisme
FSE	Fonds social européen
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GIR	Groupe Iso-Ressources
GMP	GIR Moyen Pondéré
GRATH	Groupe de Réflexion et Réseau de l'Accueil Temporaire des Personnes Handicapées

H - I - L

HAD	Hospitalisation à Domicile
HID	« Handicaps-Incapacités-Dépendance »
HJ	Hôpital de Jour
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques
LFR	Logement Foyer Restaurant

M

MAIA	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer
MAJ	Mesure d'Assistance Judiciaire
MARPA	Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées
MASP	Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS	Maison du Département Solidarité
MEEDDAT	Ministère de l'Ecologie, de l'Energie, du Développement Durable et de l'Aménagement du Territoire (remplace la Direction Départementale de l'Emploi)
MEOTIS	Réseau Régional de la Mémoire
MSA	Mutualité Sociale Agricole

N - P

NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
PA	Personnes Agées
PACT - ARIM	1er réseau associatif national au service des personnes et de leur logement né du regroupement des centres de Protection Amélioration Conservation Transformation de l'Habitat (PACT) et des Associations de Restauration Immobilière (ARIM)

Glossaire

PAM	Plan d'Aide à la Modernisation des établissements médico-sociaux (remplacé en 2008 par le PAI, Plan d'Aide à l'Investissement)
PATHOS	Outil d'évaluation des niveaux de soins nécessaires pour les personnes âgées
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PDALPD	Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
PH	Personnes Handicapées
PLH	Programme Local de l'Habitat
PLI	Prêt Locatif intermédiaire
PLS	Prêt Locatif Social
PPC	Plan Personnalisé de Compensation
PRIAC	Programme Régional et Interdépartemental d'Accompagnement des Handicaps et de la Perte d'Autonomie
PRSP	Programme Régional de Santé Publique
PSD	Prestation Spécifique Dépendance (Dispositif transitoire remplacé par l'APA en 2001)
PSPH	Privé participant au Service Public Hospitalier
PTS	Programme Territorial de Santé
PUCA	Plan Urbanisme Construction Architecture
PUV	Petite Unité de Vie

R - S

RSI	Régime Social des Indépendants
SAAD	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SDL	Service Départemental du Logement
SDS	Service Départemental de Santé
SGES	Service de Gestion des Etablissements et Services
SLPS	Service Local de Promotion de la Santé
SPD	Service Pilotage et Développement
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soin de Suite et de Réadaptation
SYNERPA	Syndicat National des Etablissements et Résidences Privées pour Personnes Agées

T - U - V

TIC	Technologie de l'Information et de la Communication
UDCCAS	Union Départementale des Centres Communaux d'Action Social
UNA	Union Nationale des soins et services à domicile
UNCCAS	Union Nationale des Centres Communaux et Intercommunaux d'Action Sociale
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URIOPSS	Union Nationale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés Sanitaires et Sociaux
URMEL	Union Régionale des Médecins Libéraux
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs
VAE	Validation des Acquis et des Expériences

ANNEXES



SOMMAIRE DES ANNEXES

177	Annexe 1 : L'arrêté
179	Annexe 2 : Les délibérations
182	Annexe 3 : Le CROSM
183	Annexe 4 : Le CODERPA
184	Annexe 5 : Le Comité de pilotage
186	Annexe 6 : Le Groupe projet
188	Annexe 7 : Les groupes thématiques
196	Annexe 8 : Les groupes diagnostics des territoires

Annexe 1 :

L'arrêté



Pôle Solidarité

Direction des Personnes Agées, des personnes Handicapées et de la Santé

Service Pilotage et Développement

ARRETE



Le Président du Conseil Général,

Vu : le Code Général des Collectivités Territoriales ;

Vu : Le Code de l'Action sociale et des familles et notamment ses articles L113-2, L312-4 et L312-5 ;

Vu : Le Code de la Santé Publique ;

Vu : L'avis favorable émis par le Comité Départemental des Retraités et des Personnes Agées en séance plénière du 27 novembre 2008 lors de la présentation du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2008 – 2012 ;

Vu : L'avis favorable émis par le Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico - Sociale en séance plénière du 2 décembre 2008 lors de la présentation du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2008 – 2012 ;

Vu : La délibération du Conseil Général en date du 16 février 2009 adoptant le schéma départemental en faveur des personnes âgées pour la période 2008 – 2012 ;

Sur proposition de Monsieur le Directeur Général des Services Départementaux,

..... ARRETE

Article 1 : Le schéma départemental en faveur des personnes âgées 2008 – 2012, volet « personnes âgées » du schéma d'organisation sociale et médico-sociale du département du Pas-de-Calais, est adopté.

Article 2 : Le dit schéma pourra être révisé à tout moment à l'initiative du Président du Conseil Général.

Article 3 : Monsieur le Directeur Général des Services du Département est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs du Département du Pas-de-Calais.

Arras, le 28 JUIL. 2009

Le Président du Conseil Général



Dominique DUPILET

Ampliations destinées à :

- M. le Préfet du Département du Pas-de-Calais
- M. le Préfet de la Région Nord Pas de Calais
- M. le Président du Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico Sociale
- M. le Président du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire
- M. le Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales
- M. le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales
- M. le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance-Maladie du NORD de la France

Annexe 2 :

Les délibérations

DEPARTEMENT DU PAS-DE-CALAIS

EXTRAIT DU REGISTRE DES DELIBERATIONS DU CONSEIL GENERAL

REUNION DU 16 FÉVRIER 2009

PRESIDENCE DE MONSIEUR DOMINIQUE DUPILET

Secrétaire : M. Jean-Claude DARQUE

Etaient présents :

M. Dominique DUPILET, M. Michel VANCAILLE, Mme Françoise ROSSIGNOL, M. Jean-Marie KRAJEWSKI, M. Dominique WATRIN, M. Jean-Claude LEROY, M. Michel DAGBERT, M. Hervé POHER, M. Yvan DRUON, Mme Thérèse GUILBERT, M. Jean-Pierre CORBISEZ, M. Alain LEFEBVRE, M. Didier HIEL, M. Jean-Claude JUDA, M. Alain WACHEUX, M. Serge PERON, M. Jean-Claude DARQUE, M. Michel HAMY, M. Claude ALLAN, M. Jean-Claude DISSAUX, M. Ernest AUCHART, M. Lucien ANDRIES, M. Jean-Marie BARBIER, Mme Lucile BIGOT, M. Bernard CAILLIAU, M. Bernard CARPENTIER, Mme Ghislaine CLIN, M. Jean-Jacques COTTEL, M. Jean-Louis COTTIGNY, M. Jean-Pierre DEFONTAINE, M. Henri DEJONGHE, M. Alain DELANNOY, M. Jean-Pierre DELEURY, M. Charles DEPOORTER, M. Jean-Michel DESAILLY, M. Roger DOUEZ, M. Laurent DUPORGE, Mme Odette DURIEZ, M. Bruno DUVERGE, M. Jean-Claude ETIENNE, M. Alain FAUQUET, M. Raymond GAQUERE, M. Martial HERBERT, M. René HOCQ, M. Jean-Claude HOQUET, M. Lionel LANCERY, M. Michel LARDEZ, Mme Marie-Paule LEDENT, M. Marcel LEVAILLANT, M. Maurice LOUF, M. Jean-Marie LUBRET, M. Daniel MACIEJASZ, M. Olivier MAJEWICZ, M. Alain MEQUIGNON, M. Jacques NAPIERAJ, M. Alain OGUER, M. Jean-Marie OLIVIER, M. Julien OLIVIER, Mme Isabelle PERU, M. Bertrand PETIT, M. Michel PETIT, M. Jean-Marie PICQUE, M. Bernard PION, M. Claude PRUDHOMME, M. Fabien PRUVOT, M. Jacques ROBITAIL, M. Martial STIENNE, M. Ghislain TETARD, M. Robert THERRY, M. Bruno TRONI, M. Jean URBANIAK, Mme Sabine VAN HEGHE, M. Philippe VASSEUR

Excusé(s) : M. Michel LEFAIT, M. André DELCOURT, M. Jacques VILLEDARY, M. Jean WALLON

SCHÉMA DÉPARTEMENTAL EN FAVEUR DES PERSONNES ÂGÉES 2008 - 2012 (Rapport n° 9)

M. WATRIN, rapporteur au nom de la 2^{ème} Commission, précise que le schéma départemental en faveur des personnes âgées objet du rapport, est le fruit d'une démarche d'élaboration de plus d'une année et d'une large concertation. Il traduit les orientations et perspectives d'action pour la période 2008-2012 en matière d'accompagnement des 280.500 personnes âgées de plus de 60 ans sur le Département du Pas-de-Calais.

Il rappelle le cadre législatif et la démarche d'élaboration du schéma.

Il détaille ensuite les six orientations générales retenues :

- Maintenir l'exercice d'une pleine citoyenneté
- Favoriser le soutien de la personne à son domicile
- Offrir un chez-soi adapté à son degré d'autonomie
- Prévenir et soigner les pathologies du grand âge
- Protéger la personne âgée
- Organiser les dispositifs de prise en charge à l'échelle des territoires

Il précise les modalités de mise en œuvre du schéma :

✓ *A l'échelle départementale : le Comité Départemental de suivi*

Le Comité Départemental de Suivi du Schéma assure le pilotage du schéma, il est le garant de sa mise en œuvre. C'est lui qui décide des axes de travail prioritaires à développer chaque année et du calendrier des chantiers à lancer.

Il peut opérer d'éventuels ajustements dans les orientations du schéma.

Co-présidé par le Président du Conseil Général et le Préfet, il se réunit au moins une fois par an et rend un bilan d'étape annuel écrit sur l'avancée de la réalisation du schéma.

✓ *A l'échelle territoriale : Le Comité Territorial Gérontologique*

L'une des caractéristiques essentielles de ce schéma de troisième génération réside dans son approche territoriale des problématiques et des réponses à apporter. Ainsi, il a donné lieu à une forte participation des territoires autour de la rédaction de diagnostics gérontologiques territoriaux. Une fois le schéma adopté, il est prévu de décliner la plupart des actions à l'échelle territoriale notamment lorsque que celles-ci auront été considérées comme prioritaires dans le projet gérontologique de territoire.

L'impact de ce nouveau type de schéma sur l'organisation des services départementaux est réel dans la mesure où la déclinaison territoriale exige de la part du territoire une capacité et des compétences en matière de suivi et de mise en œuvre de la politique gérontologique.

La coordination et l'animation de la politique gérontologique doit être pleinement piloté par le Département, chef de file de l'action sociale, afin de légitimer ce pilotage ainsi qu'affirmer et garantir le respect des orientations départementales en matière de gérontologie. Le schéma prévoit donc l'installation d'un Comité Territorial Gérontologique présidé par un élu du Département sur chaque territoire. Composé des acteurs du champ gérontologique, ce Comité est chargé d'animer cette coordination institutionnelle dont la Maison du Département Solidarité constitue le principal pivot sur le territoire. Cette configuration s'inscrit dans la continuité des travaux engagés avec les MDS dans le cadre de la réécriture du schéma durant ces quinze derniers mois.

Les conditions de réussite résident à la fois dans le développement de la « culture gérontologique » des territoires et la mobilisation de ressources au sein des MDS pour porter cette politique.

◦ Estimation prévisionnelle de l'impact financier du schéma

L'estimation prévisionnelle de l'impact financier de ce nouveau schéma s'élève à environ 25.650.000 € dont 90% seront consacrés à la création de places en établissements médicalisés et l'amélioration de la qualité en EHPAD. Le détail figure dans l'annexe jointe au rapport.

M. WATRIN propose à l'Assemblée d'adopter le schéma départemental en faveur des personnes âgées 2008-2012 tel qu'il figure en annexe au rapport.

MM DUPILET, LOUF, HOQUET, Mme VAN HEGHE, MM. ALLAN, KRAJEWSKI, CARPENTIER, DELEURY, LARDEZ, DELANNOY, POHER, WACHEUX ont également pris la parole.

(adopté à l'unanimité)

LE SECRETAIRE,

Jean-Claude DARQUE

Certifié le caractère exécutoire du présent
Acte à compter du 25 février 2009
Pour le Président du Conseil Général,
et par délégation,
Le Rédacteur Chef,


Chantal BOURDON

LE PRESIDENT,

Dominique DUPILET

POUR EXTRAIT CERTIFIE CONFORME
Arras, le 25 février 2009
Pour le Président du Conseil Général,
Le Rédacteur Chef,


Chantal BOURDON

Annexe 3 :

Le CROSM

Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

Séance plénière du 2 Décembre 2008

Présentation du Schéma Départemental En faveur des Personnes Agées 2008-2012

Considérant la présentation du schéma départemental en faveur des Personnes Agées 2008-2012, les différents échanges intervenus entre les membres dudit Comité et les représentants des institutions concernées : le Conseil Général du Pas-de-Calais et la DDASS du Pas-de-Calais, le CROSM émet un avis favorable à l'unanimité des membres, soit 31 voix.

Pour la Directrice Régionale
des Affaires Sanitaires et Sociales
Le Chef de Service


Josiane BOUTANGER

Annexe 4 :

Le CODERPA



DIRECTION GÉNÉRALE DES SERVICES
PÔLE DE LA SOLIDARITÉ

Direction des Personnes
Agées, des Personnes
Handicapées et de la Santé

Service Pilotage et
Développement

Dossier suivi par :

Yolande CHECHELSKI
Tél. : 03.21.21.63.19
Fax. : 03.21.21.62.48
chechelski.yolande@cp62.fr

C O D E R P A

Séance plénière du 27 novembre 2008

Présentation du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2008 - 2012

Considérant la présentation du schéma départemental en faveur des personnes âgées 2008 – 2012, les différents échanges intervenus entre les membres du dit Comité et les représentants du Conseil Général, le CODERPA émet un avis favorable à l'unanimité des membres présents, soit 15 voix.

Le Vice-président du Conseil Général,
chargé des Personnes Agées,
Président du CODERPA,

Dominique WATRIN.

Hôtel du Département
rue Ferdinand Buisson
62018 Arras Cedex 3
tel. 03 21 21 62 62
fax 03 21 21 62 99



Annexe 5 :

Le Comité de Pilotage

Co-présidé par :

- Monsieur Jean Marie KRAJEWSKI, *Vice Président du Conseil Général*
- Monsieur Dominique WATRIN, *Vice Président du Conseil Général*
- Monsieur Jean Luc DESMET, *Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales*
- Monsieur André BOUVET, *Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales*

- M. Michel DAGBERT, Conseiller Général, Président de la 2ème Commission
- M. Roger PRUVOST, Conseiller Général
- Mme Marie Paule LEDENT, Présidente de la 2ème Commission
- M. Jean Claude HOQUET, Conseiller Général, 2ème Commission
- M. Charles DEPOORTER, Conseiller Général, 6ème Commission
- M. Yvan DRUON, Conseiller Général, 6ème Commission
- M. Michel PETIT, Conseiller Général, 2ème Commission
- M. Alain DELANNOY, Conseiller Général, 2ème Commission
- M. Didier LEPERS, Directeur du pôle de la Solidarité, CG
- M. Alain VOGELWEITH, Directeur du pôle de la Solidarité, CG
- M. Luc GINDREY, Directeur chargé des personnes âgées, des personnes handicapées et de la Santé, CG
- Mme Virginie PIEKARSKI, Chef du service pilotage et développement, CG
- Mme Yolande CHECHELSKI, Chargée de mission schéma PA, CG
- Mme Stéphanie DECLERCK, Chargée de mission schéma PA, CG
- Mme Héloïse PARENT, Chargée de mission schéma PA, CG
- M. Cyril CARBONNEL, Chef du service gestion des établissements et services, CG
- M. Jean Pierre MELIN, Chef du service Coordination et animation gérontologiques, CG
- Melle Delphine IGNACE, Chargée de mission, DDASS
- M. Bernard BONNEL, Directeur Adjoint, DDASS
- Mme Marie-Noëlle LIENNEMANN, Vice Présidente, Conseil Régional
- M. Jean Claude WESTERMANN, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales
- Mme Marguerite Marie DEFEBVRE, Médecin Inspecteur de santé publique, DRASS
- M. René GEORGES, Vice Président du CODERPA
- M. Alain LASSALLE, Membre du CODERPA
- Mme Caroline DE PAUW, Chargée de mission, URMEL
- M. Jean Paul LAMONNIER, Médecin, URMEL
- M. Dominique DEROUBAIX, Directeur, ARH
- M. Olivier SUZANNE, Directeur Adjoint, CRAM
- Mme Thérèse WASSON, Responsable du département actions sociales, CRAM
- Mme Cathy MONTOCCHIO, Chargée de mission, CRAM
- Mme Fanny DREMAUX, Responsable adjointe pôle médico-social, CRAM
- M. Michel EBERLE, Directeur, MSA
- M. Bernard LABICHE, Directeur Adjoint, MSA
- M. Jean PICQUE, Président Association des Maires du Pas de Calais
- M. Thierry ROLLAND, Directeur des relations aux assurés, RSI
- M. Henri Pierre RADONDY, Directeur, URCAM
- M. Nordine SOUCI, Chargé de mission, URCAM
- M. Christophe CANTO, Inspecteur, DRASS
- M. Damien REAL, Inspecteur, DRASS
- Mme Julie HANNOTHIAUX, Chargée de mission, DRASS
- Mme Claudette GROSSE, Présidente, UDCCAS
- Mme Annie ADANCOURT, Chargée de mission, UDCCAS
- M. Alain MARCHIONI, Directeur Général, CARMi
- Mme Maryvonne PRIEUR, Pôle santé publique, développement, CARMi

M. Jean François VITOUX	Directeur, MDPH
Mme Maryvonne PRIEUR	CARMI Nord Pas de Calais
Mme Jennifer DARRAS,	Consultante en gérontologie, URIOPSS
M. Antoine GISBERT,	Délégué UFR auprès du CODERPA
M. Paul WALLEZ,	Sociologue, CRESGE
M. Joël DUQUESNOY,	Président Association des Maires du 62
Mme Caroline CARON,	Responsable du CLIC de l'Artois
M. Laurent VIVET,	Département de l'offre de soins, CRAM

Annexe 6 :

Le Groupe Projet

Co-présidé par :

- Monsieur André BOUVET,	Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales
- Monsieur Jean Luc DESMET,	Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales
- Monsieur Didier LEPERS,	Directeur du pôle de la Solidarité, CG
- Monsieur Alain VOGELWEITH,	Directeur du pôle de la Solidarité, CG

M. Luc GINDREY,	Directeur chargé des personnes âgées, des personnes handicapées et de la santé, CG
Mme Virginie PIEKARSKI,	Chef du service Pilotage et Développement, CG
M. Cyril CARBONNEL,	Chef de service Gestion des Etablissements et Services, CG
M. Dominique POTIER,	Chef du Bureau Personnes Agées, CG
Mme Fabienne NOWACKI,	Chef de bureau du suivi et de la prise en charge médico-sociale, CG
Mme Anne Sophie JEAN,	Chef de service SDS, CG
M. Jean Pierre MELIN,	Chef du service animation et coordination gérontologiques, CG
Mme Yolande CHECHELSKI,	Chargée de mission, CG
Mme Stéphanie DECLERCK,	Chargée de mission, CG
Mme Héloïse PARENT,	Chargée de mission, CG
Melle Delphine IGNACE,	Chargée de mission, DDASS
M. Bernard BONNEL,	Directeur Adjoint DDASS
M. Denis MATHIEU,	Représentant FEHAP
Mme Armelle DANVIN,	Directrice du service Développement et de la Qualité, La Vie Active
Mme Caroline CHATELAIN,	Chargée de mission, FEHAP
M. Alain VILLEZ,	Directeur Adjoint, URIOPSS
Mme Céline FILIPPI,	Consultante URIOPSS
Mme Jennifer DARRAS,	Consultante URIOPSS
M. Jean François VITOUX	Directeur MDPH
Mme Annie DESCHAMPS,	Directrice MDS du Ternois, CG
M. René GEORGES,	Vice Président, CODERPA
M. Antoine GISBERT,	Délégué 1er Collège-CODERPA-Représentant UFR
M. Michel EBERLE,	Directeur MSA 62
M. Bernard LABICHE,	Directeur Adjoint, MSA 62
M. François DONNAY,	Directeur MSA 62
Mme Annie ADANCOURT,	Présidente UDCCAS
Mme Christiane MARTEL,	Présidente UNA
M. Dr BENABDALLAH Malik,	Délégué SYNERPA
Mme Barbara CARTON,	Responsable ASS- RSI
Mme Sandrine DEHAY,	Représentante RSI
M. Philippe FREVILLE,	Cadre de santé, CHAM Rang du Fliers
Mme Anne Sophie DUPERRAY,	Responsable du service actions gérontologiques, CRAM
Mme Thérèse WASSON,	Responsable du Département action sociale, CRAM
Mme Danielle CHRISTIAN,	Chargée d'études médico sociales, CRAM
Mme Cathy MONTOCCHIO,	Chargée de missions, CRAM
M. Guy PREVOST,	Adjoint de Direction ADMR
Mme Micheline SCHERPEREEL,	Présidente Association Pas de Calais Alzheimer
Mme Martine PAPEGAY,	Directrice CH Lillers
M. Gilles CARLUER,	Sous Directeur CARMi
M. Eugène ROYER,	Vice Président CDCPH
Mme Marguerite Marie LE GALL,	Directrice EHPAD « Les Hauts d'Armandi »
M. Jean Pierre MELIN,	Chef du service Animation et Coordination Gérontologiques, CG
M. Ludovic HARMEL,	Directeur MDS Arras, CG
Mme Patricia RICQUIER,	Directrice Adjointe CARMi

M. Alain MARCHIONI,	Directeur Général CARMi
M. Rémy COUILLEZ,	Directeur Général Adjoint, CARMi
Mme Maryvonne PRIEUR,	Chargée de projets CARMi
Mme Claude CARON,	Présidente ACGA-CLIC Arras
Mme Karine LEBAS,	Assistante de Direction, UNA Pas de Calais
Mme Annie CAUWELAERE,	Directrice Générale UDAPEI
Mme Isabelle HENON,	Directrice ADAR
Mme Marie Christine OGEZ,	Directrice EHPAD Arques
M. Pierre CHAPOUTIER	Président Réseau Vie l'Age- CLIC Lens-Liévin
M. Thierry ROLLAND,	Directeur des relations aux assurés-RSI
M. Jean Louis HOURTOULLE,	Président CLIC Lens Liévin
Mme Virginie BRASSEUR,	Déléguée Fédérale-Fédération des centres sociaux
Mme Cathy DESADELEER,	Responsable du pôle accueil MDPH
M. Rodolphe WAREMBOURG,	Psychologue UNA Pas de Calais

Annexe 7 :

GROUPE THÉMATIQUE N°1 «Coordination gérontologique»

**animé par : Madame Virginie PIEKARSKI, Chef du service pilotage et développement
Monsieur Jean Pierre MELIN, Directeur du service animation et coordination gérontologiques**

M. Luc GINDREY	Directeur des Personnes Agées, des Personnes Handicapées et de la Santé, CG
Mme Marion TISON	Observatoire social et territorial du Boulonnais
M. Emmanuel LEBON	Chargé de démarche santé, Communauté d'agglomération du Boulonnais
M. Dominique GOYEZ	Représentant régional, DIRDOM
Mme Cathy DE SADELEER	Chargée d'accueil, MDPH
Mme Jannick CUISINIEZ	Infirmière Coordinatrice, CLIC Arras
Mme Françoise LAMIRAND	Coordinatrice, CLIC du Ternois
Mme Aurélie LE RAY	Chargée de missions service actions gérontologiques, CRAM
Mme Catherine CAULIEZ	Responsable échelon Arras, service social, CRAM
M. Guillaume DEBROISE,	Chargé d'études CRAM
Mme Céline GRONOWSKI	Infirmière Coordonnatrice, SSIAD Liévin
M. René GEORGES	Vice Président, CODERPA
Mme Sophie DERISBOURG	Infirmière SLPS, MDS du Ternois
Mme Marie Claude DACQUIN	Directrice ASSAD St Omer
Mme Sylvie COUSIN	Coordonnatrice, Assistante Sociale, CLIC de l'Audomarois
Mme Philippe MARIEN	Médecin SLPS, MDS du Ternois
Mme Annie DESCHAMPS	Directrice MDS du Ternois
M. Gérard BAILLIET	Directeur de l'Hôpital d'Aire sur la Lys, représentant FHF
M. Fabrice DEBARRE	Directeur MDS de Montreuil
Mme Bernadette BERCAL	Chef du service social départemental
Mme Christine HIEULLE,	Infirmière SLPS St Omer
Mme Thérèse LORTHOIS,	Adjointe CCAS Liévin
M. François Xavier DEBRABANT,	Directeur Adjoint MDPH

_ Sous Groupe 1 « Convergence des politiques de soutien à l'autonomie »

Chef de chantier : M. Jean-François VITOUX Directeur MDPH

Mme CAUWELAERE	UDAPEI 62
M.DELAVAL	URIOPSS
Mme DARRAS	URIOPSS
M. François Xavier DEBRABANT	MDPH

_ Sous Groupe 2 « Le nouveau rôle des CLIC dans le dispositif médico-social »

Chef de chantier : M. Françoise LAMIRAND Coordinatrice du CLIC du Ternois

Mme Sylvie COUSIN	Coordinatrice du CLIC de l'Audomarois
Mme Jannick CUISINIER	Coordinatrice du CLIC de l'Arrageois
Mme Catherine CAULIEZ	Responsable échelon Arras, CRAM
Mme Sophie DERISBOURG	Infirmière SLPS, MDS Ternois
M. Philippe MARIEN	Médecin SLPS, MDS Ternois
Mme Bernadette BERCAL	Chef de service social départemental, CG

GROUPE THEMATIQUE N° 2 **« Le Soutien à Domicile »**

Animatrices : *Mme Stéphanie DECLERCK, Chargée de missions Personnes Agées, CG*
Melle Christine BENEL, Chargée de mission Veille Juridique, CG
Appui : *Mme Delphine IGNACE, Chargée de mission –DDASS du Pas de Calais*

M. Cyril CARBONNEL	Chef du service Gestion des Etablissements et Services -CG 62
Mme Catherine PREIN	Infirmière Coordinatrice, SSIAD Aire sur la Lys
Mme Véronique DE PAOLI	Coordinatrice CLIC Boulogne
M. Pierre LANCEA	Directeur ASSAD Lens
Mme Nathalie MANIEZ	Responsable du service aide à domicile CCAS Lillers
Mme Christine KURZAWA	IDE Coordinatrice SSIAD CCAS Lillers
M. Eric BATCAVE	Directeur Régional- Fondation Caisse d'Epargne
Mme Monique LENGLIN	Chef de service SIRMAD/SAPAD-Fondation Caisse d'Epargne
M. David CARLIER	Directeur ASTIB
Mme Marie Pierre HANOTIN	Assistante Sociale MSA
Mme Gilles CARLUER	Directeur SAD-CARMI
Mme Céline FILLIPI	Consultante gérontologie URIOPSS
Mme Jennifer DARRAS	Chargée de mission URIOPSS
M. Dominique GOYEZ	Responsable Régional DIRDOM
M. Stéphane CARRE	Infirmier Coordinateur HAD Calais
Mme Audrey BAILLEUL	Assistante sociale, HAD Calais, St Omer
M. Guy PREVOST	Adjoint de Direction ADMR
M. Thierry ROLLAND	Directeur des relations aux assurés RSI
M. Christian FOLCKEN	Inspecteur CRAM
Mme Catherine LEBEAU	Responsable CRAM
M. Laurent ARTHAUD	Chargé de mission-CRAM
M. Benoît KLEIN	Directeur du pôle dépendance SIVOM Bruaysis
M. Dany MAHIEU	Infirmier Coordinateur SSIAD SIVOM du Bruaysis
M. Thomas BURLOT	Chargé d'études SDIP –CG Pas de Calais
Mme Nadine DESCHODT	Médecin territorial –CG Pas de Calais
Mme Christiane MARTEL	Présidente de l'UNA 62
Mme Carole CREPIN	Contrôleur du travail- DDTEFP
M. Jean Marc REHBY	Docteur/ Président URMEC du Pas de Calais

_ Sous Groupe 1 « Les services d'aide à domicile »

Chef de chantier : *M. Gilles CARLUER* **Directeur SAD CARMI**

M. Dominique GOYEZ	Responsable régional DIRDOM
M. Benoît KLEIN	Directeur du pôle dépendance SIVOM Bruaysis
Mme Catherine LEBEAU	Responsable CRAM
M. Christian FOLCKEN	Inspecteur CRAM
Mme Nathalie MANIEZ	Responsable du service aide à domicile CCAS Lillers
M. Guy PREVOST	Adjoint de direction ADMR
M. Thomas BURLOT	Chargé d'études SDIP CG 62

_ Sous Groupe 2 « Télé Assistance-garde itinérante- Services de transport »

Chef de chantier : *M. David CARLIER* **Directeur ASTIB**

Mme Monique LENGLIN	Chef de service SIRMAD SAPAD- Fondation Caisse d'Epargne
M. Pierre LANCEA	Directeur ASSAD Lens
Mme Véronique DE PAOLI	Coordinatrice CLIC de Boulogne
M. Thierry ROLLAND	Directeur relations aux assurés RSI

– Sous Groupe 3 « SAD-SSIAD-HAD »

Chef de chantier : Mme Catherine PREIN Infirmière Coordinatrice SSIAD Aire sur la Lys

Mme Céline FILLIPI	Consultante gérontologie-URIOPSS
Mme Christine KURZAWA	IDE Coordinatrice SSIAD CCAS Lillers
Mme Nadine DESCHODT	Médecin Territorial CG 62
M. Stéphane CARRE	Infirmier Coordinateur HAD Calais
M. Dany MAHIEU	Infirmier Coordinateur – SSIAD SIVOM du Bruaysis

GRUPE THÉMATIQUE N°3

«La diversification et la structuration de l'offre résidentielle pour personnes âgées »

Animatrice : Mme Cathy MONTOCCHIO, Chargée de missions « service actions gérontologiques », CRAM Nord Picardie

Appui : Mme Yolande CHECHELSKI, Chargée de missions « Schéma Personnes Agées », CG 62

Mme Danielle CHRISTIAN	Chargée de mission service « offre de soins »- CRAM
Mme Armelle DANVIN	Directrice du développement et de la qualité –La Vie Active
Mme Marie-José EDOUART	Responsable service action sanitaire et sociale –MSA
M. François LECHANTRE	Délégué Territorial-SIA Habitat
Mme Clotilde DAMBLIN	Adjointe au directeur clientèle-LTO Habitat
M. Jacques LEMAITRE	Directeur immobilier Pas de Calais Habitat- Directeur Général COOPARTOIS
M. Christophe DEGRUTERE	Chargé de mission- Habitat Logement
M. Jean Pierre JERECZEK	Médecin, Président CLIC Hénin Carvin
M. Rachid LASRI	Coordinateur CLIC Hénin Carvin
M. Régis RUDOWSKI	Directeur Etablissement-CARMI
Mme Delphine PETIT	Assistante Sociale – CARMI
Mme Maryvonne PRIEUR	Chargée de projets- CARMI
Mme Janine JEDNACZ	Infirmière Coordinatrice-SSIAD CARMI
Mme Cathy DE SADELEER	Responsable du pôle accueil –MDPH 62
Mme Gaëlle GRIBOVAL	Animatrice CLIC Lens-Liévin
Mme Marie Paule LACOSTE	Responsable service auxiliaire de vie-aide ménagère-ADMR
Mme Coralie SMOLINSKI	Assistante direction du logement- CAHC
Mme Marie CHONE	Responsable unité droit au logement et logement décent- DDE 62
M. Patrick BOURSIN	Assistant d'études – service Habitat- DDE 62
Mme Florence BUREAU	Chargée de mission « observatoire du logement » Artois Comm
Mme Priscilla VASSEUR	Chargée de mission « services de proximité »-Artois Comm.
M. Thierry ROLLAND	Directeur des relations aux assurés- RSI
M. Michel VISEUR	Chef du service logement-CG62
M. Vincent FROGER	Chargé de mission « mission bassin minier »
Mme Delphine IGNACE	Chargée de mission « personnes âgées »-DDASS
Mme Stéphanie FORTEVILLE	AGUR Dunkerque
M. René GEORGES	Vice Président CODERPA
M. André DURIEUX	Observatoire du Logement – Artois Comm Béthune
Mme Véronique BAQUET	Directrice Adjointe CCAS Lens
Mme Lise DECEUNINCK	Chef de bureau gestion du Fonds Solidarité Logement-CG 62
Mme Anne CZERWIEC	Directrice CCAS Liévin-UDCCAS
Mme Cindy DUCROQUET	Chargée de mission habitat-CAHC
M. Sylvain GUEDON	Directeur SSIAD Bully les Mines- UDASSAD-UNA

– Sous Groupe 1 « Quel contenu de l'offre résidentielle non institutionnelle ? »

M. André DURIEUX	« Observatoire du logement »-Artois Comm. Béthune
Mme Cindy DUCROQUET	Chargée de mission « service logement »-CAHC

Mme Janine JEDNACZ	Infirmière Coordinatrice –SSIAD CARM I
M. Sylvain GUEDON,	Directeur SSIAD Bully les Mines
Mme Marie Paule LACOSTE	Responsable SAD ADMR
M. Régis RUDOWSKI	Pôle Santé Publique- CARM I
M. Rachid LASRI	Coordonnateur CLIC Hénin Carvin
M. Jean Pierre JERECZEK	Docteur, Président CLIC Hénin Carvin
M. Christophe DEGRUTERE	Chargé de mission Habitat Logement Immobilier (HLI)
M. Jacques LEMAITRE	Directeur Immobilier-Pas de Calais Habitat
Mme Clotilde DAMBLIN	Adjoint directeur Clientèle LTO Habitat
Mme Armelle DANVIN	Directrice du développement et de la qualité-La Vie Active
Mme Danielle CHRISTIAN	Chargée d'études « service personnes âgées »-CRAM

__ Sous Groupe 2 « « La coordination des acteurs »

Mme Marie CHONE	Responsable unité droit au logement et au logement décent- Représentante ANAH-DDE 62
Mme Florence BUREAU	Chargée de mission « observatoire du logement » -Artois Comm. Béthune
Mme Cindy DUCROQUET	Chargée de mission service logement-CAHC
Mme Marie Paule LACOSTE	Responsable services auxiliaires de vie et aide ménagère-ADMR
Mme Gaëlle GRIBOVAL	Animatrice CLIC Lens-Liévin
Mme Cathy DE SADELEER	Responsable du pôle accueil-MDPH 62
M. Rachid LASRI	Coordonnateur CLIC Hénin Carvin
M. Jean Pierre JERECZEK	Docteur-Président CLIC Hénin Carvin
M. François LECHANTRE	Délégué Territorial SIA Habitat
Mme Marie José EDOUART	Responsable service actions sanitaires et sociales-MSA

GRUPE THEMATIQUE N° 4 « L'offre d'accueil médico-social »

Animateurs : *M. Cyril CARBONNEL, Chef du Bureau des personnes âgées-SGES/CG 62*

Mme Delphine IGNACE, Chargée de Mission –DDASS 62

Appui : *Mme Yolande CHECHELSKI, Chargée de missions « Schéma Personnes Agées », CG 62*

Mme Fabienne NOWACKI	Chef du bureau du suivi de la prise en charge médico-sociale-CG
Mme Céline FILIPPI	Consultante en gérontologie-URIOPSS
M. Dany MAHIEU	Cadre de santé –Communauté du Bruaysis-SSIAD
Mme Gilberte PICQUE	Directrice EHPAD St Venant
M. Yves MALVOISIN	Président de l'Aide Active à Domicile-SAAD Arras
Mme Sylvie HATZIG	Responsable gestion administrative logement foyer- CCAS Boulogne sur Mer
M. Robert COURMONT	Directeur Pôle médico-social-AHNAC
M. Jean Marc CHABE	Coordinateur CLIC Calais
M. Hervé COUPLET	Directeur Adjoint- Direction immobilier- Pas de Calais Habitat
M. Hervé LEMAITRE	Directeur Général COOPARTOIS
M. Malik BENABDALLAH	Médecin- directeur EHPAD Ablain St Nazaire
Mme Véronique DELANOE	Responsable résidence Porebski- Bully les Mines- CARM I
Mme Véronique WAEGHEMACKER	Chargée de mission Département Santé Publique-CRAM, en remplacement de Mme Danielle CHRISTIAN, Chargée de mission service offre de soins
M. René GEORGES	Vice Président du CODERPA
Mme Marie Pascale D'HERLINCOURT	Directrice Maison de retraite Pernes en Artois
M. Alain VILLEZ	Directeur Adjoint URIOPSS
M. Guy PREVOST	Adjoint de direction- ADMR Béthune
M. Bernard LABICHE	Directeur Adjoint MSA Arras
Mme Danielle CHRISTIAN	Chargée de mission service offre de soins-CRAM
M. Jacques CORRIETTE	Responsable logement-Foyer de Lillers
Mme Jennifer DARRAS	Consultante en gérontologie-URIOPSS

_ Sous Groupe 1 : Logements foyers et MARPA

Chef de chantier : Mme Véronique DELANOE, Responsable du logement foyer à Bully les Mines/CARMI

Mme Sylvie HATZIG	Responsable gestion LFR-CCAS de Boulogne sur Mer
M. Jacques LEMAITRE	Directeur Immobilier Pas de Calais Habitat
M. Yves MALVOISIN	Président de l'Aide Active à Domicile-SAAD Arras
M. Dany MAHIEU	Cadre de santé/SSIAD-Communauté du Bruaysis
M. Bernard LABICHE	Directeur Adjoint MSA
M. Jacques CORRIETTE	Responsable LFR Lillers

_ Sous Groupe 2 : Les EHPAD- l'accueil de jour- l'hébergement temporaire

Chef de chantier : M. Robert COURMONT, Directeur de pôle médico-social - AHNAC

Mme Marie Pascale D'HERLINCOURT	Directrice maison de retraite « les Verrières » à Pernes en Artois
Mme Gilberte PICQUE	Directrice EHPAD ST Venant
M. Malik BENABDALLAH	Médecin Coordonnateur- Directeur EHPAD à Ablain St Nazaire
M. Hervé COUPLET	Directeur Adjoint- Pas de Calais Habitat
M. Jean Marc CHABE	Coordonnateur CLIC Calais

GRUPE THEMATIQUE N° 5 « Citoyenneté et prévention à la perte d'autonomie »

Animateur : Mme Anne Sophie DUPERRAY, Responsable service Actions Gérontologiques –CRAM Nord Picardie

Appui : Mme Stéphanie DECLERCK, Chargée de missions « Schéma Personnes Agées », CG 62

M. Jean Pierre MELIN	Chef du service Coordination et Animations Gérontologiques, CG
M. Dominique STEKELOROM	Chef du service des Programmes de Santé, CG
Mme Véronique WAEGHEMACKER	Chargée de mission Département Santé Publique-CRAM
M. Laurent ARTHAUD	Chargé de mission Service Actions Gérontologiques-CRAM
Mme Sylvie GILLET	Responsable échelon de Calais, service social-CRAM
M. Marc LEGROS	Animateur CLIC d'Arras
Mme Virginie BRASSEUR	Déléguée Départementale – Fédération des Centres sociaux du Pas de Calais
Mme Jessica HEDLI	Juriste –Fédération ADMR
M. Patrick HALLEZ	Président de l'ASSAD du Béthunois
M. Philippe MAZURE	Président Association des Aînés Ruraux
Mme Françoise CARTON	Médecin Coordonnateur EHPAD Longuenesse – Représentante FEHAP
Mme Christine KURZAWA	Infirmière Coordinatrice-SSIAD de Lillers
Mme Nathalie MANIEZ	Responsable du service d'aide à domicile- CCAS de Lillers
Mme Eliane KEDZORIA	Assistante sociale principale-CARMI
M. René GEORGES	Vice Président CODERPA
Mme Martine PAPEGAY	Représentante ADPA-Centre Hospitalier de Lillers
M. Jacques DELAPORTE	Représentante SYNERPA
Mme Isabelle HENON	ADAR des Pays du Calais
Mme Sylvie D'ANDREA	Représentante de l'UDCCAS
Mme Sandrine DEMAY	ASS Actifs et retraités- Régime social des Indépendants
M. Sébastien LHOPITAL	Chargé de projet – Communauté d'agglomération d'Hénin Carvin
Mme Marie José EDOUART	Responsable action sanitaire et sociale –MSA
M. David TORRES	Coordonnateur PTS du Ternois

_ Sous Groupe Groupe 2 : S'exprimer dans les débats collectifs et jouer un rôle dans la société

**Chefs de chantier : Mme Virginie BRASSEUR, Déléguée Départementale Fédération des Centres Sociaux
Mme Sylvie GILLET, Responsable échelon de Calais –CRAM**

Mme Eliane KEDZORIA	Assistante sociale principale – CARMI
Mme Nathalie MANIEZ	Responsable du service d'Aide à Domicile –CCAS de Lillers
M. Marc LEGROS	Animateur au CLIC d'Arras

_ Sous Groupe 3 : Maitriser les nouvelles technologies

**Chefs de chantier : Mme Jessica HEDLI, Juriste Fédération- ADMR
M. Laurent ARTHAUD, Chargé de missions service actions gérontologiques- CRAM**

_ Sous Groupe 4 : Prévention contre les risques de chute et de dénutrition

Chef de chantier : Mme Dominique STEKELOROM, Chef du service des programmes de santé-CG

Mme Véronique WAEGHEMACKER	Chargée de mission Département Santé Publique- CRAM
M. René GEORGES	Vice Président du CODERPA
Mme Françoise CARTON	Médecin Coordonnateur EHPAD Longuenesse- Représentante FEHAP

GRUPE THEMATIQUE N° 6 « L'accès aux soins des personnes âgées »

Animateur : M. Luc GINDREY, Directeur chargé des Personnes Agées, des Personnes Handicapées et de la Santé- CG 62

Appui : Mme Evelyne JARLOT, Médecin Inspecteur DDASS

M. David TORRES	Coordonnateur PTS Ternois, Chargé de mission ASS-MSA
Mme Dominique STEKELOROM	Chef de service CG 62
Mme Mélanie MOFFELEIN	Infirmière CG62
Mme Fabienne SAILLY	IDE Coordinatrice ASSAD St Omer
M. Yvan LEMAIRE	Chargé de mission DDASS
Mme Isabelle HENON	Directrice ADAR des pays du Calaisis
Mme Caroline CARON	Responsable CLIC de l'Artois
Mme Catherine LACHERY	Cadre supérieure de santé EHPAD St Venant
Mme Micheline SCHERPEREEL	Présidente Association Pas de Calais Alzheimer
Mme Nathalie FRANCOIS	IDE Coordinatrice Réseau MEOTIS
Mme Sandy BRIERE	IDE CHAM Montreuil
Mme Nathalie MANIEZ	Responsable SAD-CCAS Lillers
M. Hervé WIART	Président CLIC de Boulogne sur Mer
M. Dominique GRAVE	Médecin Coordonnateur La Vie Active
M. Pierre NOWACKI	Directeur Offre de soins – CARMI
Mme Virginie PIEKARSKI	Chef de service pilotage et développement-CG 62
Mme Aurélie LE RAY	Chargée de missions actions sociales-CRAM
Mme Nicole DUBOIS	Cadre santé Réseau Vie l'âge
M. Patrick FOURNIER	Médecin Hospitalier- CH Lens
Mme ROLAND	Médecin SLPS-CG 62
Mme WAEGHEMACKER	CRAM
Mme Christine KURZAWA	IDE Coordinatrice- CCAS Lillers

Mme Marie Paule LACOSTE	Responsable service auxiliaire de vie-Fédération ADMR
Mme Françoise LAMIRAND	Coordinatrice CLIC du Ternois
M. Régis HULLAR	Elève Directeur d'Etablissement Sanitaire et sociale
Mme Noémie POULAIN	Coordinatrice PTS Montreuillois
Mme Danièle BROUSSART	Présidente AFCM Marquise

_ Sous Groupe 1 : Structuration de la filière hospitalière et organisation des entrées et sorties hospitalières

Chef de chantier : M. Luc GINDREY, Directeur chargé des Personnes Agées, des Personnes Handicapées et de la Santé- CG 62

M. Pierre NOWACKI	Directeur Offre de soins – CARMi
M. Dominique GRAVE	Médecin Coordonateur La Vie Active
Mme Marie Paule LACOSTE	Responsable service auxiliaire de vie-Fédération ADMR
Mme Nicole DUBOIS	Cadre santé Réseau Vie l'âge

_ Sous Groupe 2 : Amélioration de certaines pathologies spécifiques

Mme Nathalie FRANCOIS	IDE Coordinatrice Réseau MEOTIS
Mme Fabienne SAILLY	IDE Coordinatrice ASSAD St Omer
Mme Sandy BRIERE	IDE CHAM Montreuil
Mme Marie Paule LACOSTE	Responsable service auxiliaire de vie-Fédération ADMR
Mme Isabelle HENON	Directrice ADAR des pays du Calais

GRUPE THEMATIQUE N° 7 « Promotion de la bientraitance »

Animateur : Melle Delphine IGNACE, Chargée de mission –DDASS 62

Appui : Melle Yolande CHECHELSKI, Chargée de missions « schéma Personnes Agées »- CG 62

Mme Arlette LOEUIL	Chef du service social local-MDS d'Hénin Carvin
Mme Bernadette BERCAL	Chef du service département d'action sociale –CG62
Mme Françoise LAMIRAND	Coordinatrice CLIC du Ternois
Mme Eliane KEDZIORA	CARMi (remplace exceptionnellement Marie Andrée GARENEAUX)
Mme Magali MOUQUE	Assistante Sociale –HAD du Béthunois
Mme Isabelle HENON	Directrice ADAR des pays du Calais
Mme Marie Claude LECOEUUVRE	Infirmière Coordonnatrice UNA Pas de Calais
Mme Martine PAPEGAY	Directrice CH Lillers
M. Guillaume ALEXANDRE	Directeur SAAP Service tutelles La Vie Active
M. Philippe BOULANGER	Praticien Hospitalier CH St Omer
Mme Véronique BARDOULA	FFCSS-CH St Omer
Mme Anne PETTE	Responsable service sociale Lens-CRAM
M. Philippe FREVILLE	Cadre de santé –CHAM Rang du Fliers
Mme Martine NOE	Directrice service établissements-ATPC Béthune
Mme Delphine MAZUREK	Chef de service établissement STP St Pol
Mme Véronique GRENETTE	Directrice EHPAD-Liévin
Mme Bénédicte BUIRON	Infirmière coordinatrice –Réseau Méotis
Mme Annie HEMERY	Infirmière bureau du suivi de la prise en charge médico sociale-CG 62
Melle Christine BENEL	Chargée de mission suivi des politiques et expertises-CG62
Mme Françoise DRON	Secrétaire administrative- DDASS 62

M. René GEORGES	Vice Président CODERPA
Mme Sylvie ROLLAND	Chef du service local de promotion de santé-territoire de Calais
M. Eric CABY	Chargé d'inspection-CG62
Mme Marie Pierre HANOTIN	Aide aux aidants MSA
Mme Micheline SCHERPEREEL	Président Association Pas de Calais Alzheimer
M. Jean Paul LAMONNIER	Médecin-URMEL
Mme Brigitte CHELOUTI	Chef de service social-CCAS Marles les Mines

_ Sous Groupe 1 : Promotion de la bientraitance à domicile

Chefs de chantier : Mme Isabelle HENON, Directrice ADAR des pays du Calaisis
Mme Marie-Claude LECOEVRE, Infirmière Coordonnatrice UNA Pas de Calais

Mme Arlette LOEUIL	Chef du service social local-MDS d'Hénin Carvin
Mme Bernadette BERCAL	Chef du service département d'action sociale –CG62
Mme Françoise LAMIRAND	Coordinatrice CLIC du Ternois
Mme Eliane KEDZIORA	CARMI
Mme Magali MOUQUE	Assistante Sociale –HAD du Béthunois
M. Guillaume ALEXANDRE	Directeur SAAP Service tutelles La Vie Active
Mme Anne PETTE	Responsable service sociale Lens-CRAM

_ Sous Groupe 2 : Promotion de la bientraitance en institution

Chefs de chantier : Mme Martine PAPEGAY, Directrice CH Lillers
Mme Véronique GRENETTE, Directrice EHPAD Liévin

Mme Martine NOE	Directrice service établissements-ATPC Béthune
Mme Delphine MAZUREK	Chef de service établissement STP St Pol
M. Philippe FREVILLE	Cadre de santé –CHAM Rang du Fliers
Mme Bénédicte BUIRON	Infirmière coordinatrice –Réseau Méotis
M. Philippe BOULANGER	Praticien Hospitalier CH St Omer
Mme Véronique BARDOULA	FFCSS-CH St Omer

Annexe 8 :

GRUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE ARRAGEOIS

Animateurs : Madame Françoise ROSSIGNOL, Présidente de la Commission APA, CG 62

Monsieur Ludovic HARMEL, Directeur MDS Arras

Madame Virginie PIEKARSKI, Chef du service Pilotage et Développement-CG 62

Mme Monique WATTRISSE	Coordinatrice des services de maintien à domicile CCAS Arras
Mme Christine COUDRE	Directrice EHPAD La Belle Epoque Arras
M. Antoine ROBINNE	Directeur EHPAD St Landelin
Mme Marie José BRANLY	Directrice EHPAD Ste Camille Arras
Mme Marie France LAUNOIS	A S Coordinatrice CLIC/ACGA
Mme Sergine LEGER	Assistante sociale MDS Arrageois
Mme Anne Cécile FLOURET	Assistante sociale MSA 62
M. Christophe VANBESIEEN	Directeur Départemental Centre Hospitalier Arras
M. Didier LEDHE	Directeur EHPAD St Laurent Blangy
M. Stéphane SHABY	Directeur ASAP
M. Hubert LEFEBVRE	Directeur AIDAFSA- Arras
M. Sylvain BAUDOIN	Chargé de développement AIDAFSA
Mme Karine CHEAM	Responsable de secteur Artois- CG 62
M. Dominique GOYEZ	DIRDOM
M. Reynald LEMAHIEU	Inspecteur DDASS 62
M. René BROYEZ	ASSAD Hermies
M. Henri HOMBERT	Président ASSAD Hermies
M. Guillaume DEBROISE	Chargé d'étude CRAM
Mme Barbara CARTON	Resp ASS-RSI Nord Pas de Calais
Mme Annie LEMOINE	Coordonnatrice de site MDS Arras
Mme Yveline BENEDIT	Coordonnatrice de site, MDA Arras, site de Bapaume
Mme Anne Sophie JEAN	Chef de service SLPS, Conseil Général
Mme Agathe DOLIGER	Conseillère MDPH 62
M. Dominique LANCE	Assistant de Direction ADMR Vimy
Mme Françoise GRADEL	Chargée de développement ADMR
Mme Delphine CARON	Référente ADMR
Mme Catherine POUILLAUDE	Infirmière coordinatrice SSIAD Boiry St Martin
M. Christophe VANBESIEEN	Directeur Départemental Centre Hospitalier Arras
Mme Valérie PETIT	Gériatre Centre Hospitalier Arras
M. Antoine ROBINNE	Directeur EHPAD St Landelin
Mme Monique LEBLANC	Directrice EHPAD St Nicolas
Mme Christine CUVILLIER	Responsable secteur Association AIDAVIE
Mme Stéphanie PALMOWSKI	Responsable de secteur AIDAFSA
Mme Claude CARON	Présidente CLIC ACGA Arrageois
Mme Marylise BRIOUT	Assistante de Direction MDS
Mme Laetitia SEILLIER	SLPS (stagiaire), CG 62
Mme Françoise BRUET	Responsable ADMR Bapaume
Mme Barbara CARTON	Resp ASS-RSI Nord Pas de Calais

_Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Pilote : Mme Marie France LAUNOIS

Assistante sociale CLIC Arras

M. Guillaume DEBROISE	Chargé d'étude CRAM
M. Stéphane SHABY	Directeur ASAP

_Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : Mme Anne Sophie JEAN Chef de service SLPS CG 62

M. Hubert LEFBVRE	Directeur AIDAFa
M. Dominique LANCE	Assistant de Direction ADMR Vimy Ste Catherine
Mme Catherine POUILLAUDE	Infirmière Coordinatrice SSIAD Boiry St Martin
Mme Agathe DOLIGER	Conseillère MDPH
M. Sylvain BAUDOIN	Chargé de développement AIDAFa

_Sous groupe Thématique n°3 : « L'offre résidentielle »

Pilote : Mme Monique WATTRISSE Coordinatrice des services de maintien à domicile CCAS Arras

Mme Marie Christine COUDRE Directrice La Belle Epoque

_Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Pilote : Mme Yveline BENEDIT Coordinatrice de site MDS Arrageois

M. René BROYEZ	ASSAD Hermies
M. Didier LEDHE	Directeur EHPAD St Laurent Blangy
Mme Sergine LEGER	Assistante sociale MDS Arrageois
M. Henri HOMBERT	Président ASSAD

_Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Pilote : Mme Annie LEMOINE Coordinatrice de site CG62

Mme Barbara CARTON	Resp ASS, RSI Nord Pas de Calais
Mme Anne Cécile FLOURET	Assistante Sociale MSA

_Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Pilote : M. Christophe VANBESIEN Directeur Adjoint CH Arras

Mme Marie José BRANLY	Directrice EHPAD Ste Camille
M. Antoine ROBINNE	Directeur EHPAD St Landelin
M. Reynald LEMAHIEU	Inspecteur DDASS

_Sous groupe Thématique n°7 : « La bientraitance »

Pilote : Mme Antoine ROBINNE Directeur EHPAD St Landelin

Mme Marie José BRANLY	Directrice EHPAD Ste Camille
M. Christophe VANBESIEN	Directeur Adjoint CH Arras
M. Reynald LEMAHIEU	Inspecteur DDASS

GRUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DU MONTREUILLOIS

Animateurs : M. Jean Marie KRAJEWSKI, Président de la Commission locale APA, CG
M. Fabrice DEBARRE, Directeur MDS du Montreuillois
Mme Virginie PIEKARSKI, Chef du service Pilotage et Développement, CG 62

Mme DARRAS	Directrice adjointe Clinique des Acacias
Mme Noémie POULAIN	Coordonnatrice PTS, CHAM de Montreuil
Mme Yvette COURTIN	SSIAD Fruges
M. Valérie DE SAINT JEAN	Infirmière Coordinatrice, SSIAD Fruges
Mme Marie Christine BIENAIME	Infirmière coordinatrice SSIAD Beaurainville
Mme Gisèle GRAFF	ADMR Cauchie Authie
M. Gabriel CHOPIN	Président FL Jean Marlin à Huby Saint Leu
Mme Marie RIVIERE	Directrice EHPAD St Albert
Mme Christelle RIVAUX	RSI Arras
Mme Claudine BARBET	Directrice Maison de retraite Berneuilles
Mme Michèle MEURILLON	Qualificienne ASSAD de Cucq
M. Arnaud BIGET	Directeur CCAS Etaples
Mme Delphine DAMAY	Responsable des services aux personnes âgées CCAS Etaples
Mme Danielle BIBLOQUE	Présidente ADMR Montreuil/Mer
Mme Mireille PEARRON	Directeur Adjoint CHAM Montreuil
M. Maxime CLIPET	Responsable de secteur, CG
M. Yvan LEMAIRE	Inspecteur DDASS
M. Claude DELAIRE	Cadre de santé Hôpital local d'Hesdin
Mme Marie José QUETTIER	Conseillère territoriale MDPH
Mme Annie DELATTRE	Assistante sociale MDS Etaples
M. Freddy BLEUZET	Vice Président Communauté Communes Fruges
M. René LAGACHE	Président ADMR Fruges
Mme Jacqueline TEMPET	Responsable ADMR Fruges
Mme Ludivine GALLET	Secrétaire ADMR Val d'Authie
Mme Marie GODET	Responsable ADMR Val d'Authie
Mme Marie José MOLLEDA	Directrice CCAS Berck
Mme Christine MARIETTE	Infirmière coordinatrice Réseau de santé Marconne
Mme Nathalie LESTOQUOY	Directrice Villa Sylvia Berck
Mme Sandrine SUISTE	Responsable ADMR Hesdin
Mme Henryanne GRESSIER	Présidente Foyer logement Hesdin
Mme Cécile DESCAMPS	Assistante sociale MSA
Mme Anne LECERF	Infirmière Coordinatrice, SSIAD Hucqueliers
Mme Caroline BAILLET	AMP résidence Marcel Pagnol
Mme Nathalie FAIT	Responsable foyer résidence Marcel Pagnol
Mme Muriel BINDA	Responsable SAD Touquet
Mme Brigitte DE SAINT MARESVILLE	Directrice Maison de retraite Fruges
Mme Céline DELENCLOS	Responsable Adm CC Mer et Terres d'Opale
Mme Geneviève MARQUIETTE	Vice Présidente CC Mer et Terres d'Opale
M. Jacky DEMARQUET	Directeur Logement Foyer Huby Saint Leu
M. Philippe REMY	Directeur hôpital local d'Hesdin
Mme Françoise LEPRETRE	Directrice ASSAD Cucq
Mme Delphine LEULIETTE	Secrétaire ADMR Fruges
Mme Anne Marie CARON	IDE Coordinatrice SSIAD Montreuil
Mme Marie Michèle DAUCHEZ	Coordonnatrice de site MDS Marconne
Mme Françoise LEROUX	Antenne Etaples Pas de Calais Alzheimer
Mme Elisabeth FREVILLE	Responsable service aide à domicile SAD Hucqueliers

_Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Mme Christine MARIETTE	Infirmière Coordinatrice Réseau de Santé
Mme Marie José QUETTIER	Conseillère territoriale MDPH

Mme Delphine DAMAY	Responsable des services aux personnes âgées CCAS Etaples
Mme Mireille PEARRON	Directrice adjointe CHAM Montreuil
Mme Annie DELATTRE	Assistante sociale MDS Etaples

__Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : Mme Sandrine SUISTE	Responsable ADMR Hesdin
Mme Henryanne GRESSIER	Présidente Foyer logement Hesdin
Mme Muriel BINDA	Responsable SAD Touquet
M. René LAGACHE	Président ADMR Fruges
Mme Gisèle GRAFF	Vice Présidente ADMR Campagne
Mme Ludivine GALLET	Secrétaire ADMR Val d'Authie
Mme Marie GODET	Responsable ADMR Val d'Authie
M. Valérie DE SAINT JEAN	Infirmière Coordinatrice, SSIAD Fruges
Mme Anne LECERF	Infirmière Coordinatrice, SSIAD Fruges
Mme Danielle BIBLOQUE	Présidente ADMR Montreuil/Mer
Mme Marie Christine BIENAIME	Infirmière coordinatrice SSIAD Beaurainville
M. Gabriel CHOPIN	Président Foyer Logement
Mme Sylvana DELETTE	Médecin CG 62

__Sous groupe Thématique n°3 : « L'offre résidentielle »

Pilote : Mme Marie José MOLLEDA	Directrice CCAS Berck sur Mer
Mme Claudine BARBET	Directrice Maison de retraite Berneulles

__Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Pilote : Mme Marie RIVIERE	Directrice EHPAD St Albert
M. Yvan LEMAIRE	Inspecteur DDASS
Mme Nathalie FAIT	Responsable foyer logement Marcel Pagnol
Mme Caroline BAILLET	AMP foyer logement Marcel Pagnol
M. Claude DELAINE	Cadre de santé Hôpital local d'Hesdin
M. Arnaud BIGET	Directeur CCAS Etaples
M. Maxime CLIPET	Responsable secteur CG 62
Mme Brigitte DE SAINTE MARESVILLE	Directrice Maison de retraite Fruges
Mme Marie RIVIERE	Directrice EHPAD St Albert

__Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Pilote : Mme Noémie POULAIN	Coordonnatrice CHAM Rang du Fliers
Mme Yvette COURTIN	Présidente club retraite
Mme Christelle RIVAUX	Action sociale RSI
Mme Cécile DESCAMPS	Assistante Sociale MSA

__Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Pilote : Mme Audrey DARRAS	Directrice Adjointe Clinique des Acacias
Mme Jacqueline TEMPET	Responsable ADMR Fruges
M. Freddy BLEUZET	Vice Président Communauté Communes Fruges

__Sous groupe Thématique n°7 : « La bientraitance »

Pilote : Mme Audrey DARRAS	Directrice Adjointe Clinique des Acacias
Mme Michèle MEURILLON	Qualificienne ASSAD Cucq
Mme Delphine LEULLIETTE	RQS ADMR Fruges
Mme Michèle DAUCHEZ	Coordonnateur de site MDS Marconne

GROUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DE LA COMMUNAUPOLE LENS-LIÉVIN

Animateurs : M. Laurent DUPORGE, Président de la Commission Locale APA
M. Jean Louis HOTTE, Directeur MDS de Lens-Liévin
Melle Yolande CHECHELSKI, Chargée de mission schéma PA, CG 62

Melle Delphine IGNACE	Inspecteur DDASS
M. Dominique POTIER	Responsable de secteur, CG62
Mme Liliane WATIEZ	Assistante, CG62
M. Philippe PIEL	Directeur Henri Deldem
Mme Clotilde DAMBLIN	Adjointe au directeur clientèle-LTO Habitat
M. Malik BENABDALLAH	Directeur Résidence de la Vieille Eglise-Ablain St Nazaire
M. David HUMEZ	Coordinateur Infirmier Association Le Cheval Bleu
Mme Michèle FRANCE	Coordinatrice artistique Le Cheval Bleu
M. Jérôme VAN LANGERMEERSCH	Médecin MDS Lens
M. Franck KERFYSER	Chargé de mission Habitat CommunAuPôle Lens-Liévin
Mme Janine JEDNACZ	Infirmière Coordinatrice SSIAD
M. Robert COURMONT	Directeur pôle médico-social Groupe AHNAC
M. Christophe DARRE	Directeur EHPAD Vimy
Mme Ghislaine BUISINE	Action sociale, RSI
Mme Lucile LELEU	Directrice Lens Domicile Services
Mme Véronique BACQUET	Directrice Adjointe CCAS Lens
Mme Anne CZERWIEC	Directrice CCAS Liévin
M. Serge DUBOIS	Chef de projet ASSAD Lens
M. Dominique WATRIN	Conseiller Général
M. Charles DEPOORTER	Conseiller Général
Mme Ghislaine CLIN	Conseillère Générale
Mme Marie Andrée PAU	Coordinatrice MDS Bully les Mines
Mme Nathalie CATTEAU	SLPS Lens
M. DEPRET	Président ADMR Vimy
Mme Nicole DUBOIS	Plateforme CLIC Réseau Vie l'Age
M. Alexandre CAMBIER	CH Lens
Mme Patricia RIQUIER	Le Surgeon-Bully les Mines
Mme Nathalie FRANCOIS	MEOTIS
Mme Brigitte COMBLET	SSIAD Avion
Mme Pascale DEWAILLY	CCAS Avion
Mme Sylvie MONTOIS	Assistante sociale MSA
Mme Pascale BERG	Directrice FPA Méricourt

_Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Pilote : Mme Nicole DUBOIS

Plateforme CLIC Réseau Vie l'âge

M. Alexandre CAMBIER	CH Lens
Mme Cindy DUCROQUET	Chargée de mission « service logement »-CAHC
Mme Nathalie CATTEAU	SLPS Lens
Mme Patricia RIQUIER	Le Surgeon, Bully les Mines
Mme Nathalie FRANCOIS	MEOTIS

_Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : M. Jérôme VAN LANGERMEERSCH

Médecin MDS Lens

Mme Brigitte COMBLET	SSIAD Avion
Mme Pascale DEWAILLY	CCAS Avion

Mme Sylvie MONTOIS Assistante sociale MSA
Mme Lucile LELEU Directrice Lens Domicile Services
M. DUBOIS ASSAD Lens

_Sous groupe Thématique n°3 : « L'offre résidentielle »

Pilote : M. Franck KERFYSER CommunAuPôle Lens Liévin

Mme Anne CZERWIEC Directrice CCAS Liévin

_Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Pilote : M. BENALBDALLAH Malik Médecin Résidence Vieille Eglise Ablain St Nazaire

M. Robert COURMONT Directeur pôle médico-social Groupe AHNAC
M. Philippe PIEL Directeur Henri DELDEM
M. Christophe DARRE Directeur EHPAD Vimy

_Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Mme Michèle FRANCE Coordinatrice Sociale Le Cheval Bleu

_Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Pilote : Mme Valérie WIEL CH Lens service de gériatrie

M. Patrick FOURNIER CH Lens
M. Renaud BERTRAND CH Lens (Direction)

_Sous groupe Thématique n°7 : « La bientraitance »

Mme Véronique BACQUET CCAS de Lens
Mme Patricia RIQUIER Le Surgeon Bully les Mines

GRUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DU BOULONNAIS

Animateurs : Mme Thérèse GUILBERT, Présidente de la Commission Locale APA
Mme Sylvie CALON, Directrice MDS du Boulonnais
Melle Yolande CHECHELSKI, Chargée de mission schéma PA, CG 62

M. Hervé WIART	Président CLIC Boulogne
M. B. DELATTRE	Directeur Adjoint CH Boulogne
Mme B. DELOBELLE	Conseillère en CSF-CLIC
Mme Véronique DE PAOLI	Animatrice CLIC
M. Christian LAVOGEZ	Directeur Maison de retraite les jardins d'Arcadie
Mme Josette DUHAMEL	Directrice EHPAD Résidence des 2 caps
Mme Annick HOFFMANN	Infirmière coordinatrice SSIAD Desvres
Mme Valérie FOURMEAUX	Assistante MDS Boulogne
Mme Murielle DAMIENS	Coordonnatrice PTS Boulogne
Mme Aline CHAUSSOY	Coordonnatrice site Boulogne
Mme Nathalie WINTREBERT	Coordonnatrice site Outreau MDS Boulogne
Mme Marion TISON	OSTB-CAB
Mme Maryse PERNET	Présidente ASSAD Le Portel
M. François SAMERCQ	Vice Président ASSAD Le Portel
Mme Jeanine FICHAUX	Assistante Sociale MSA
Mme Annie LEBLANC	Adjoint administratif CCAS Outreau
Mme Annie LE SUAVE	Aide et Compagnie
Mme Lydwine COLAS	Responsable Aide et Compagnie
Mme Sylvie MALBEC	Responsable senior et santé Mairie de le Portel
Mme Marina DELPIERRE	Conseillère territoriale MDPH
Mme Corinne CUVELIER	IDE SLPS
Mme Laurence PODEVIN	IDE SLPS Boulogne
Mme Lucette FOURCROY	Vice Présidente CCAS St Léonard
Mme Sylvie D'ANDREA	Responsable gérontologique CCAS St Léonard
Mme Eve WYCKAERT	Directrice EHPAD Neufchatel Hardelot
M. Stéphane VIERTAUX	Administratif EHPAD La Domaniale
M. Yvan LEMAIRE	Chargé de mission DDASS
Mme Danièle MUGNI	Responsable de secteur DDASS
Mme Marie Hélène PAQUES	Responsable de l'ADMR Desvres/Samer
M. Lionel LARD	Président AIDADOM Le Portel
M. Nicolas MARTINET	Directeur EHPAD St Antoine
Mme Sandrine DEHAY	ASS RSI
M. HERBERT	Président Communauté de Communes de la terre des 2 caps
M. PRUDHOMME	Président de Communes du pays de la fiance de Desvres

_Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : Mme Sylvie CALON

Directrice MDS du Boulonnais

Mme Sylvie MALBEL	Mairie le Portel
Mme Chantal MENUGE	CCAS Saint Léonard :
Mme Laurence CASTEL	SSIAD Le Portel
M. François SAMARCQ	ASSAD Le Portel
Mme Maryse PERNET	ASSAD Le Portel
Mme Lucile MILLAMON	CLIC
Mme Annie LEBLANC	CCAS Outreau
Mme Annick BARREZ	SSIAD CCAS Boulogne sur Mer
Mme Eve WYCKAERT	EHPAD Belle Fontaine Neuf châtel Hardelot
Mme Laurence PODEVIN	SLPS Boulonnais

Mme Corinne CUVELLIER	SLPS Boulonnais
Mme Annie LE SUARE	Aide et Compagnie
Mme Audrey MACHTELINCK	Aide et Compagnie
Mme Marie Hélène PAQUES	Aide à Domicile
Mme Annick HOFFMANN	SSIAD Desvres

_Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Pilote : Mme Anne CHAUSSOY **Coordonnatrice site de Boulogne**

Mme Véronique DE PAOLI	Animatrice CLIC Boulogne
Mme Sylvie MALBEC	Responsable service Mairie de Le Portel
Mme Annie LEBLANC	Service d'aide à domicile CCAS Outreau

_Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Pilote : Mme Sylvie CALON **Directrice MDS du Boulonnais**

Mme Annie LEBLANC	CCAS Outreau
Mme Annick BARREZ	CCAS Boulogne
Mme Eve WYCKAERT	CCAS Neufchâtel
Mme Annick HOFFMAN	SSIAD Desvres
Mme Josette DUHAMEL	EHPAD Résidence des 2 caps

_Sous groupe Thématique n°7 : « La bientraitance »

Pilote : Mme Sylvie CALON **Directrice MDS du Boulonnais**

Mme Lucette FOURCROY	CCAS St Léonard
Mme Annie LE SUAVE	Aide et Compagnie
Mme Marie Hélène PAQUES	ADMR Desvres
M. Nicolas MARTINET	Maison de Retraite St Antoine
Mme Annie CHAUSSOY	Coordonnatrice MDS Boulogne

GROUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DU CALAISIS

Animateurs : M. Hervé POHER, Président de la Commission Locale APA

Mme Françoise DUVIEUBOURG, Directrice MDS du Calaisis

Mme Stéphanie DECLERCK, Chargée de mission schéma PA, CG 62

Mme Isabelle DEVIN	Assistante sociale MSA
M. Bruno CROMBEZ	Directeur EHPAD Caffiers
M. Denis LARDE	Directeur HAD Calais
M. Stéphane CARRE	Cadre infirmier HAD Calais
Mme Marie Claude RICHARD	Directrice AMB Ardres
Mme Emilie SIX	IDE Coordinatrice SSIAD Ardres
Mme Muriel VAN MACICELBERG	Directrice Les Hortensias
Mme Virginie COURBOT	Responsable de secteur ASSAD Calais
Mme Bénédicte RYCELYNCK	Infirmière Coordinatrice SSIAD Audruicq
M. Jean Claude DUBUT	1 ^{er} vice Président Communauté d'Agglomération de Calais
M. Arnaud CHAUSSOIS	Coordinateur politique ville Habitat Communauté d'agglomération de Calais
Mme Jeanine FICHAUX	Assistante sociale MSA Desvres
M. Jean Marc CHABE	Coordinateur CLIC
M. Yves CONTZEN	Directeur maison de retraite de Guines
Mme Catherine FOURNIER	Conseillère Générale Maire de Frethun
M. Jérôme LECOINTE	Directeur Associations soins et santé
Mme Brigitte CARON	Inspectrice DDASS

Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Pilote : M. Jean Marc CHABE

Coordinateur CLIC Calais

Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : M. Denis LARDE

Directeur HAD Calais

Mme Emilie SIX	IDE Coordinatrice SSIAD Ardres
Mme Marie Claude RICHARD	Directrice AMB Ardres
Mme Virginie COURBOT	Responsable de secteur ASSAD Calais
Mme Elisabeth MAQUERRE	Responsable de secteur ASSAD Calais
Mme Bénédicte RYCELYNCK	Infirmière Coordinatrice SSIAD Audruicq
M. Jérôme LECOINTE	Directeur Associations soins et santé
M. Stéphane CARRE	Cadre infirmier HAD Calais
Mme Hélène VEROUE	IDE Association Soins et Santé

Sous groupe Thématique n°3 : « L'offre résidentielle »

Pilote : M. Jean Claude DUBUT

1^{er} vice Président Communauté d'Agglomération de Calais

Mme Catherine FOURNIER

Conseillère Générale Maire de Frethun

Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Pilote : M. Yves CONTZEN

Directeur Maison de retraite de Guines

M. Bruno CROMBEZ

Directeur EHPAD Caffiers

Mme Muriel VAN MACICELBERG
M Jacky MAZAREK

Directrice Les Hortensias
Directeur Maison de retraite d'Ardres

Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Pilote : Mme Marie Thérèse SIMPLOT Présidente CLIC Calais

Mme Jeanine FICHAUX

Assistante sociale MSA Desvres

Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Pilote : M. Denis LARDE

Directeur HAD Calais

Mme Emilie SIX

IDE Coordinatrice SSIAD Ardres

Mme Marie Claude RICHARD

Directrice AMB Ardres

Mme Virginie COURBOT

Responsable de secteur ASSAD Calais

Mme Elisabeth MAQUERRE

Responsable de secteur ASSAD Calais

Mme Bénédicte RYCELYNCK

Infirmière Coordinatrice SSIAD Audruicq

M. Jérôme LECOINTE

Directeur Associations soins et santé

M. Stéphane CARRE

Cadre infirmier HAD Calais

Mme Hélène VEROUE

IDE Association Soins et Santé

Sous groupe Thématique n°7 : « La bientraitance »

Pilote : Mme Sylvie CALON

Directrice MDS du Boulonnais

Mme Lucette FOURCROY

CCAS St Léonard

Mme Annie LE SUAVE

Aide et Compagnie

Mme Marie Hélène PAQUES

ADMR Desvres

M. Nicolas MARTINET

Maison de Retraite St Antoine

Mme Annie CHAUSSOY

Coordonnatrice MDS Boulogne

GROUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DU TERNOIS

Animateurs : M. Maurice LOUF, Président de la Commission Locale APA

Mme Annie DESCHAMPS, Directrice MDS du Ternois

Mme Virginie PIEKARSKI, Chef de service pilotage et développement, CG 62

Mme Marie Hélène LEVEL	Cadre de santé Hôpital local St sur Ternoise
Mme Marie Pascale D'HERLINCOURT	Directrice maison de retraite Pernes en Artois
Mme Christelle RIVAUX	Responsable action sociale RSI
Mme Evelyne DUMETZ	Assistante sociale MSA
M. Philippe MARIEN	Médecin MDS du Ternois
Mme Françoise LAMIRAND	Coordonatrice CLIC Ternois
Mme Sophie DERISBOURG	Infirmière MDS St Pol
M. Dominique COQUET	Président
Mme Marie Pascale DUTOUQUET	Rédacteur CCAS Frévent
Mme Josette EDOUARD	Responsable CCAS St Pol
Mme Maryse DEALLE FACQUEZ	Responsable Foyer logement St Pol
M. Jean NOE	Vice Président Communauté de Communes du Ternois
M. Cyril CARBONNEL	Chef du service SGES, CG 62
Mme Doriane DECHERF	Assistante responsable de secteur, CG 62
Mme Jane DIEVAL	Présidente ADMR St Pol
Mme Solweig OBIN	Présidente ADMR Frévent
Mme Christelle REHBER	Responsable ADMR Auxi le Château
Mme Laurette BAVENCOFF	Secrétaire ADMR Auxi le Château
M. Reynald LEMAHIEU	Inspecteur DDASS

Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Pilote : Mme Françoise LAMIRAND Coordonnatrice CLIC Ternois

M. Maurice LOUF	Président de la Commission Locale APA
M. Philippe MARIEN	Médecin MDS du Ternois
Mme LAETITIA NOWAK	Assistante de Direction MDS Ternois
Mme Virginie PIEKARSKI	Chef de service pilotage et développement, CG 62

Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : Mme Sophie DERISBOURG Infirmière MDS St Pol

Mme Christelle REHBER	Responsable ADMR Auxi le Château
Mme Laurette BAVENCOFF	Secrétaire ADMR Auxi le Château
Mme Jane DIEVAL	Présidente ADMR St Pol
Mme Solweig OBIN	Présidente ADMR Frévent

Sous groupe Thématique n°3 : « L'offre résidentielle »

Pilote : Mme Marie Hélène LEVEL Cadre de santé Hôpital local St sur Ternoise

Mme Maryse DEALLE FACQUEZ	Responsable Foyer logement St Pol
M. Jean NOE	Vice-Président Communauté de Communes du Ternois

Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Pilote : Mme Marie Hélène LEVEL Cadre de santé Hôpital local St sur Ternoise

M. Cyril CARBONNEL

Chef du service SGES, CG 62

Mme Doriane DECHERF

Assistante responsable de secteur, CG 62

Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Pilote : Mme Evelyne DUMETZ Assistante sociale MSA

Mme Christelle RIVAUX

Responsable action sociale RSI

Mme Annie DESCHAMPS

Directrice MDS du Ternois

Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Pilote : M. Reynald LEMAHIEU Inspecteur DDASS

Mme Marie Pascale DUTOUQUET

Rédacteur CCAS Frévent

Mme Josette EDOUARD

Responsable CCAS St Pol

Mme Marie Pascale D'HERLINCOURT Directrice maison de retraite Pernes en Artois

GROUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DE L'AUDOMAROIS

Animateurs : M. Michel LEFAIT, Président de la Commission Locale APA

Mme Yvette BIGNON, Directrice MDS de l'Audomarois

Mme Véronique BACLET, Chef du service local de promotion de la santé de l'Audomarois

Mme Stéphanie DECLERCK, Chargée de mission schéma PA, CG 62

M. Gilbert CHIQUET	Maire d'Esquerdes, Président de la Communauté de Communes du Pays de Lumbres
M. Jacques DELMAIRE	Maire de Mametz
Mme Christine JIEULLE	Infirmière au SLPS de l'Audomarois
Mme Thérèse PETIT	Présidente du CLIC de l'Audomarois
Mme Marie Claire DACQUIN	Directrice de l'ASSAD de Saint Omer
M. Georges DISSAUX	Administrateur MSA
Mme Marie Christine OGEZ	Directrice de l'EHPAD d'Arques
M. Guy TRUPIN	Responsable du CCAS de ST Omer
Mme Evelyne DENUNCQ	Assistante sociale MSA
Mme Audrey BAILLEUL	Assistante sociale HAD Calais
M. Pierre Philippe CARON	Coordonnateur PTS
Mme Brigitte CARON	Inspectrice DDASS
Mme Jacqueline BENOIT	Directrice des soins Hôpital local d'Aire sur la Lys
Mme Christine VENEL	Cadre de santé Hôpital local d'Aire sur la Lys
Mme Gladys THOMAS	Directrice Vitalité Services Domicile
Mme Andrée ROSE	Présidente SEFA/CSF
M. Philippe DUQUETTER	Directeur de la Clinique de Saint Omer
Mme Christine DELTOMBE	Stagiaire à l'EHPAD Sainte Marie d'Ecques
Mme Stéphanie DIVRY	Directrice de l'EHPAD Sainte Marie d'Ecques
M. Jean Claude LEROY	Député du Pas de Calais, Vice Président du CG
M. Alain MEQUIGNON	Conseiller Général
Mme Sylvie COUSIN	Coordinatrice CLIC de l'Audomarois
Mme Anne THIREZ,	Responsable du CCAS d'Arques
Mme Martine DUCROCQ	Secrétaire ADMR Nielles les Bléquin
Mme Dany MULET	Secrétaire SEFA/CSF
Mme Laetitia FAUVERGUE	SEFA/CSF
Mme Valérie HANQUEZ	Conseillère MDPH Audomarois

Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Pilote : Mme Sylvie COUSIN Coordonnatrice CLIC Audomarois

Mme Dany MULET	Secrétaire SEFA/CSF
Mme Laetitia FAUVERGUE	SEFA/CSF
Mme Martine DUCROCQ	Secrétaire ADMR Nielles les Bléquin
Mme Andrée ROSE	Présidente SEFA/CSF
Mme Valérie HANQUEZ	Conseillère MDPH Audomarois
Mme Thérèse PETIT	Présidente CLIC Audomarois

Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : Mme Evelyne DENUNCQ Assistante sociale MSA

Mme Gladys THOMAS	Directrice Vitalité Services Domicile
Mme Valérie FOUBLE	Responsable AADS

Mme Sylvie GUILLEMANT
Mme Marie Claude DACQUIN

Responsable AADS de Dohem
Directrice de l'Assad de St Omer

Sous groupe Thématique n°3 : « L'offre résidentielle »

Pilote : Mme Anne THIREZ Responsable du CCAS d'Arques

M. Gilbert CHIQUET Maire d'Esquerdes
M. Paul EVRARD ADMR de Quercamps
M. Jacques BACQUET Président de l'ADMR de Quercamps

Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Pilote : Jacqueline BENOIT Directrice des Soins, Hôpital local d'Aire sur la Lys

Mme Nicole SOILEUX Directrice Arpage STENHUIS
Mme Brigitte CARON Inspectrice DDASS
M. Georges DISSAUX Administrateur MSA

Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Pilote : M. Pierre Philippe CARON Coordonnateur PTS

Mme Françoise BOUTOILLE Adjointe au Maire d'Arques
Mme Thérèse PETIT Présidente du CLIC de l'Audomarois
Mme Barbara CARTON Responsable ASS, RSI
Mme Christine HIEULLE Infirmière SLPS Audomarois

Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Pilote : Mme Marie Christine OGEZ Directrice EHPAD Arques

Mme Stéphanie DIVRY Directrice de l'EHPAD d'Ecques

Sous groupe Thématique n°7 : « La bientraitance »

Pilote : M. Pierre Philippe CARON Coordonnateur PTS

Mme Françoise BOUTOILLE Adjointe au Maire d'Arques
Mme Thérèse PETIT Présidente du CLIC de l'Audomarois
Mme Barbara CARTON Responsable ASS, RSI
Mme Christine HIEULLE Infirmière SLPS Audomarois

GROUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DE L'ARTOIS

Animateurs : M. Pierre MOREAU, Président de la Commission Locale APA

Mme Annick Genty, Directrice MDS de l'Artois

Mme Stéphanie DECLERCK, Chargée de mission schéma PA, CG 62

Mme Valérie SENECA	Responsable ADMR St Venant
M. Pierre QUEVA	Coordonnateur MDS Artois
Mme Monique MIEYEVILLE	Directrice CCAS Lillers
Mme Marie Lyse MORASSUTTI	Coordinatrice MDS Bruay
Mme Caroline CARON	Coordinatrice CLIC Artois
Mme Dominique GLAPIAK	Cadre secteur CARM
Mme Myriam DUBOIS	Directrice ABDPS
M. Jean Louis REMOLEUX	Responsable action sociale SIVOM de Béthune
Mme Nadine DESCHODT	Médecin CG62
Mme Blandine LOUE	Responsable d'entité ASSAD
M. Benoît KLEIN	Directeur de pôle SIVOM du Bruaysis
M. Patrick GOZET	Adjoint CCAS Marles
M. Laurent DANIEL	Directeur FPA Marles
M. Joël RAYET	Directeur Adjoint FPA Divion
M. Stéphane FEVRIER	Responsable de secteur CG 62
M. Jacques DELAPORTE	Directeur Résidence de France
Mme Sophie GRENU	Directrice Clos des 2 rivières
Mme Valérie WARIN	Directrice EHPAD St Benoît
M. Roland DRUON	Maire Adjoint de Vermelles
M. Dominique FHERAGE	Responsable CCAS Vermelles
Mme Magalie FRANCOIS	Gestionnaire du foyer logement
Mme Ludivine BOULENGER	Coordinatrice PTS Artois
Mme Brigitte LEBAS	Animatrice EHPAD F. Degeorge
Mme Françoise SAVREUX	Directrice EHPAD F. Degeorge
Mme Jeanne Marie MARION	Directrice adjointe CH Béthune
Mme Corinne VINCENT	Assistante sociale MSA
Mme Blandine DUREZ	Coordonnatrice SIVOM Béthune
M. Dominique DESCHILDRE	Responsable Long séjour CH Béthune
M. Myrtal DUBOIS	Directeur SAD ABPDS
Mme Véronique YVART	Directrice EHPAD Ste Camille
Mme Isabelle SAMAILLE	ABPDS

Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Pilote : Mme Valérie SENECA

Responsable ADMR St Venant

Mme Valérie SENECA

Responsable ADMR St Venant

M. Pierre QUEVA

Coordonnateur MDS Artois

Mme Monique MIEYEVILLE

Directrice CCAS Lillers

Mme Marie Lyse MORASSUTTI

Coordinatrice MDS Bruay

Mme Caroline CARON

Coordinatrice CLIC Artois

Sous groupe Thématique n°2 : « Soutien à domicile »

Pilote : Mme Dominique GLAPIAK

Cadre secteur CARM

Mme Myriam DUBOIS	Directrice ABDPS
M. Jean Louis REMOLEUX	Responsable action sociale SIVOM de Béthune
Mme Nadine DESCHODT	Médecin CG62
Mme Blandine LOUE	Responsable d'entité ASSAD
M. Benoît KLEIN	Directeur de pôle SIVOM du Bruaysis
M. Patrick GOZET	Adjoint CCAS Marles
M. Laurent DANIEL	Directeur FPA Marles
M. Joël RAYET	Directeur Adjoint FPA Divion
Mme Marie Lyse MORASSUTTI	Coordinatrice MDS Bruay

Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Pilote : M. Joël RAYET

Directeur Adjoint FPA Divion

M. Stéphane FEVRIER	Responsable de secteur CG 62
M. Jacques DELAPORTE	Directeur Résidence de France
Mme Sophie GRENU	Directrice Clos des 2 rivières
Mme Valérie WARIN	Directrice EHPAD St Benoît
M. Roland DRUON	Maire Adjoint de Vermelles
M. Dominique FHERAGE	Responsable CCAS Vermelles
Mme Magalie FRANCOIS	Gestionnaire du foyer logement
M. Benoît KLEIN	Directeur de pôle SIVOM du Bruaysis

Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Pilote : Mme Ludivine BOULENGER

Coordinatrice PTS Artois

Mme Brigitte LEBAS	Animatrice EHPAD F. Degeorge
Mme Françoise SAVREUX	Directrice EHPAD F. Degeorge
Mme Jeanne Marie MARION	Directrice adjointe CH Béthune
Mme Corinne VINCENT	Assistante sociale MSA
Mme Blandine DUREZ	Coordonnatrice SIVOM Béthune
M. Dominique DESCHILDRE	Responsable Long séjour CH Béthune
M. Myrtal DUBOIS	Directeur SAD ABPDS
Mme Véronique YVART	Directrice EHPAD Ste Camille
Mme Isabelle SAMAILLE	ABPDS

GRUPE DIAGNOSTIC DU TERRITOIRE DE HÉNIN-CARVIN

Animateurs : M. Daniel MACIEJASZ, Président de la Commission Locale APA

M. Ghislain LEFEBVRE, Directeur MDS d'Hénin Carvin

Mme Yolande CHECHELSKI, Chargée de mission schéma PA, CG 62

Mme Nathalie CATTEAU,	Chef de service SLPS Carvin
Mme Elisabeth CRAPET,	MDS Hénin Carvin
Mme Liliane WATIEZ,	Assistante SGES, CG 62
Mme Delphine IGNACE,	Chargée de missions personnes âgées –DDASS
Mme Valérie QUINET,	CCAS Oignies
Mme Annie ADANCOURT,	Présidente UDCCAS
M. Xavier JACQUEMONT,	MDDL Hénin Carvin
M. Stéphane MEIGNOTTE	SSL Leforest
Mme Sylvie HANTEFEUILLE-BERTIN	MDS Carvin
Mme Thérèse LORTHOIS	CCAS Carvin
Mme Corinne HAY	MDS Carvin
Mme Sandra LANGEVIN	CCAS Carvin
Mme Françoise HEVEMY	MDS Hénin
M. Philippe FROGET	CCAS Leforest
Mme Madeleine LEBRUN	CCAS Leforest
Mme Marie José PONSIN	CCAS Leforest
Mme Maryvonne CIESLAK	MDS Carvin
Mme Marie BRUNEAU	CCAS Montigny en Gohelle
Mme Rahdija BELDJILAIJ	Mairie Montigny en Gohelle
Mme Virginie LEMESRE	Animatrice insertion
Mme Fatima ARACHAK	Conseillère en insertion-CCAS Libercourt
Mme Françoise LARGILLIERE	Référente PA,PH CCAS Libercourt
Mme Francine DUPONCHELLE	Référente RMI CCAS Drocourt
Mme Agnès FOUQUERAY	CCAS Libercourt
M. David CAULLET	Ville de Libercourt
Mme Roselyne SEGOND	CCAS Evin Malmaison
M. Jean Jacques VANWEJKMAEL	Ville d'Evin Malmaison
Mme Sylviane BEAUCOURT	Adjointe affaires sociales CCAS Courrières
Mme Claire KUBIAK	CCAS Courrières
M. Cédric THIBERVILLE	Directeur CCAS Courrières
M. G. VANDWALLE	Ville de Noyelles Godault
M. Philippe LEFEBVRE	Adjoint au Maire de Rouvroy
M. David REVAUX	Ville de Rouvroy- Collaborateur du Maire
Mme Roselyne CARON	CCAS Rouvroy
Mme Michèle CASTEL	CCAS Rouvroy
Mme Colette CHIABERGI	CG 62
M. Rachid LASRI	Coordonnateur CLIC Hénin Carvin
Mme Cindy DUCROQUET	Chargée de missions CAHC
Mme Brigitte REMMERY	Directrice Adjointe CH de Carvin
M. Jacques KWIATKOWSKI	Directeur FPA Guy Mollet à Courrières
Mme Véronique TIRMAN	Directrice EHPAD Les Violettes-Courrières
Mme Francine KLAJNY	Responsable FPA La Roseaie-Oignies
M. Stéphane CAMERLYNCK	Assistante de direction FPA Hénin Beaumont
M. Jean Bernard LEMAIRE	Médecin CH Hénin Beaumont
Mme Brigitte BARRAS	Assistante sociale MSA Lens
Mme Ghislaine BUISINE	Assistante sociale RSI Lille
Mme Eliane KEDZIORA	Assistante sociale principale CARMi
M. Sébastien LHOPITAL	Chargé de projet CAHC
Mme Véronique GRENETTE	Directrice AHNAC

Sous groupe Thématique n°1 : « La coordination gérontologique »

Mme Thérèse LORTHOIS CCAS Carvin
M. Daniel MACIEJASZ Président de la Commission Locale APA

Sous groupe Thématique n°3 : « L'offre résidentielle »

Pilote : M. Rachid LASRI Coordonnateur CLIC Hénin Carvin

M. Ghislain LEFEBVRE, Directeur MDS d'Hénin Carvin
Mme Cindy DUCROQUET Chargée de missions CAHC

Sous groupe Thématique n°4 : « Prise en charge institutionnelle »

Mme Brigitte REMMERY Directrice Adjointe CH de Carvin
M. Jacques KWIATKOWSKI Directeur FPA Guy Mollet à Courrières
Mme Véronique TIRMAN Directrice EHPAD Les Violettes-Courrières
Mme Francine KLAJNY Responsable FPA La Roseraie-Oignies
M. Stéphane CAMERLYNCK Assistante de direction FPA Hénin Beaumont
M. Jean Bernard LEMAIRE Médecin CH Hénin Beaumont
M. Philippe FROGET CCAS Leforest

Sous groupe Thématique n°5 : « La citoyenneté »

Mme Brigitte BARRAS Assistante sociale MSA Lens
Mme Ghislaine BUISINE Assistante sociale RSI Lille

Sous groupe Thématique n°6 : « L'accès aux soins »

Mme Eliane KEDZIORA Assistante sociale principale CARM
M. Sébastien LHOPITAL Chargé de projet CAHC

